

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ MONTÉLIMAR

JUIN 2016



Travail réalisé par

L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Karine FONTAINE-GAVINO, Socio-démographe

Carole MARTIN DE CHAMPS, Directrice

Pauline BOLAMPERTI, Statisticienne

**Avec le soutien de
l'ARS Auvergne Rhône-Alpes**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes :
www.ors-rhone-alpes.org

SOMMAIRE

Objectifs et méthodologie.....	1
Analyse des données socio-sanitaires – Population générale.....	5
1. Données socio-démographiques.....	6
1.1 La population.....	6
1.2 Caractéristiques socio-économiques.....	7
1.3 Indicateurs de précarité.....	8
2. Offre et recours aux soins.....	10
2.1 Offre et recours aux soins libéraux.....	10
2.2 Séjours hospitaliers.....	12
3. Etat de santé.....	14
3.3 Les Affections Longue Durée.....	14
3.4 Les hospitalisations en MCO.....	16
3.5 Les soins spécialisés en psychiatrie.....	19
3.6 Consommation régulière de médicaments.....	20
3.7 La mortalité.....	22
Les jeunes de 15-24 ans.....	25
1. Le recours aux soins des jeunes de 15- 24 ans.....	26
2. Les jeunes et l'hôpital.....	27
3. La santé mentale chez les jeunes.....	28
4. Les programmes de prévention.....	29
Les personnes âgées de 65 ans et plus.....	31
1. Le recours aux soins des personnes âgées de 65 ans et plus.....	32
2. L'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.....	33
3. Santé mentale et personnes âgées.....	34
4. Mortalité.....	35
Focus sur les QPV : Centre ancien, Nocaze, Quartiers Ouest.....	37
1. Données socio-sanitaires.....	38
2. Etat de santé des habitants des QPV.....	39
Données d'activités.....	41
1. Méthodologie.....	42
2. Données d'activités.....	44
3. Principaux constats issus des données d'activités.....	52
3.1 Chez les populations jeunes.....	52
3.2 Chez les personnes âgées.....	55
Synthèse.....	59
1. Synthèse Population générale (sur la base des données statistiques disponibles).....	60
2. Synthèse – Santé des jeunes (sur la base des données statistiques et d'activités).....	60
3. Synthèse – Santé des personnes âgées (sur la base des données statistiques et d'activités).....	62

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Contexte et objectifs

Montélimar, surnommée « Portes de Provence », est une commune située dans le département de la Drôme en région Rhône Alpes entre Valence et Avignon historiquement rattachée au Dauphiné. Avec 35 704 habitants recensés en 2012, Montélimar est la deuxième ville la plus peuplée de la Drôme après Valence.

Dans le cadre des nouveaux quartiers en politique de la ville, tels que définis en 2014,¹ la ville de Montélimar a signé le 23 juillet 2015 un contrat de ville comportant un volet santé. Ce volet santé sera développé au sein du contrat local de santé annexé ultérieurement et animé par la commune en partenariat avec l'ARS. Les quartiers en politique de la ville à Montélimar sont au nombre de trois : Centre ancien, Nocaze, Quartiers Ouest.

Dans ce contexte, les élus et le service de la politique de la ville ont exprimé leur volonté d'améliorer leurs connaissances sur l'état de santé de la population, d'affiner les données sur certaines thématiques. Le diagnostic de santé s'inscrit donc dans cette démarche et a pour objectif de renforcer la connaissance de la situation sanitaire locale afin de faciliter les orientations de l'action publique en matière de santé. A la demande des élus du territoire un focus a été réalisé sur populations les jeunes et les personnes âgées afin de mieux cerner les problématiques liées à ces différentes tranches d'âges. Enfin, le périmètre territorial du diagnostic concerne aussi bien la commune de Montélimar que ses quartiers en politique de la ville.

La méthodologie sélectionnée par la ville et l'ARS est une approche quantitative : analyse des thématiques pour lesquelles des systèmes d'informations statistiques permettent une observation chiffrée avec une comparaison avec la région Rhône-Alpes et le département de la Drôme pour mettre en évidence les éventuelles spécificités. Cette analyse pointera du doigt plus particulièrement les populations jeunes, personnes âgées et les territoires QPV : Centre ancien, Nocaze, Quartiers Ouest. Enfin, une analyse des données d'activités de certaines structures montiliennes viendra étayer et compléter les observations quantitatives.

Méthodologie de l'analyse des données sanitaires

L'analyse des données sanitaires de ce diagnostic dresse une photographie socio-sanitaire des habitants de Montélimar à partir des bases de données disponibles à l'ORS, qui permettent de décrire la situation sociodémographique, l'offre de soins et l'état de santé de la population sur ce territoire.

Les informations quantitatives mobilisées sont :

- les données sociodémographiques (population, emploi, qualification, bénéficiaires de la CMUc,...). Ces données constituent des éléments de cadrage essentiels pour donner du sens à l'ensemble des informations sanitaires ;
- une description de l'offre de soins libérale

¹ La politique de la ville est mise en œuvre par les collectivités territoriales. Les préfets passent des contrats avec les maires ou les présidents d'EPCI qui définissent un projet de développement pour chaque quartier. Dans le cadre du projet de loi pour la ville et la cohésion urbaine, de nouveaux contrats de ville ont succédé aux Cucs début 2015, pour une durée de six ans.

- les données de recours aux soins ambulatoires (niveau de recours aux différents professionnels de santé libéraux) et les données de recours hospitaliers (niveau de recours et trajectoires);
- les données d'admission en ALD (affection de longue durée) selon les motifs ;
- les données hospitalières : hospitalisation en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) selon différents motifs ;
- les données de prise en charge psychiatrique (en ambulatoire et les hospitalisations)
- les prévalences de patients sous certains types de traitements (antidiabétiques, antiasthmatiques, psychotropes notamment) ;
- les indicateurs de participation aux programmes de prévention ;
- les données de mortalité : mortalité générale, prématurée (avant 65 ans) et mortalité pour certaines grandes causes.

Sources de données

Les données sociodémographiques présentées aux différentes échelles sont issues du recensement de la population de l'Insee disponibles au moment de l'analyse (données du Recensement de Population 2012 publiées en juillet 2015).

Les données sanitaires sont issues :

- de l'Assurance Maladie : offre et recours aux soins, consommation de traitements, prévention, Affections Longue Durée (ALD) tous motifs.
- du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) : séjours hospitaliers, motifs d'hospitalisation. Les données sont disponibles à l'échelle du code PMSI.
- du Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie (RIM-P) : séjours et actes ambulatoires et/ou séquences en établissement spécialisé. Les données sont disponibles à l'échelle du code PMSI.
- des motifs d'admission en ALD disponibles au code postal,
- de l'Inserm – CépiDC : données de mortalité, causes médicales des décès.

Les données du PMSI, du RIM-P et des admissions en ALD sont uniquement disponibles au code postal composé des communes suivantes :

- Ancône (26008)
- Montélimar (26198).

Déclinaisons géographiques

Les différents indicateurs sont tous présentés à l'échelle de la commune de Montélimar. Ce territoire est systématiquement comparé au département de la Drôme et à la région Rhône-Alpes.

Ce diagnostic est complété par une exploitation des données disponibles à l'échelle des quartiers en politique de la ville (QPV) « Centre Ancien », « Nocaze » et « Quartiers Ouest ».

Précisions méthodologiques

Les indicateurs présentés sont pour la majorité des indicateurs appelés « taux standardisés ». Ils sont construits lorsque les données sont sensibles à l'âge de la population étudiée. Ainsi, par exemple, pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (population de

Rhône-Alpes). Ils permettent ainsi de comparer les territoires (la commune de Montélimar par rapport au territoire de la région Rhône-Alpes) à structure d'âge identique et à différentes périodes.

Les données de l'Assurance Maladie transmises par l'ARS : offre et recours aux soins, consommation de médicaments, prévention, concernent les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie. Sont exclues toutes les personnes affiliées à d'autres régimes d'assurance maladie, notamment au Régime Social des Indépendants (RSI) et à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Méthodologie de l'analyse des données d'activité

En complément de l'analyse quantitative présentée ci dessus, la ville de Montélimar et l'Agence Régionale de santé- Délégation territoriale de la Drôme, ont souhaité disposer de données d'activités de structures montiliennes travaillant auprès de populations jeunes et personnes âgées.

En partenariat avec le service Développement social urbain de la ville de Montélimar et l'Agence Régionale de la santé une liste de structures à solliciter a été établie.

Pour chacune de ces structures une demande a été préalablement faite par courriel par la ville de Montélimar. La demande portait sur la transmission d'un rapport ou données d'activités et tous autres documents d'études ou enquêtes produits par la structure. Des sollicitations complémentaires ont été adressées par l'Observatoire régional de la santé dans le cadre de relance ou de nouvelles prises de contact.

Les rapports recueillis ont été analysés sur la base d'une grille intégrant les éléments suivants: mission, spécificité du public accueilli, territoire couvert, activités santé et problèmes signalés. Certains rapports ont été transmis par mail, d'autres ont été directement téléchargés sur les sites internet des différentes structures.

L'analyse ne visait pas l'exhaustivité et avait pour objectif principal d'intégrer ces différents rapports et données d'activité en vue d'étayer l'analyse quantitative et mettre en avant des points de concordance avec cette dernière.

ANALYSE DES DONNEES SOCIO-SANITAIRES – POPULATION GENERALE

1. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1.1 La population

En 2012, le nombre d'habitants de Montélimar s'élève à 35 704 habitants dont 24% ont moins de 20 ans et 19% ont 65 ans et plus. La population de Montélimar connaît une croissance dynamique avec un taux de croissance annuel moyen entre 2007 et 2012 qui s'élève à +0,6%, croissance liée à un solde migratoire et un solde naturel positifs.

Caractéristiques de la population de Montélimar, du département de la Drôme et de la région Rhône-Alpes, 2012

	Montélimar	Drôme	Rhône-Alpes
Moins de 20 ans	24%	25%	25%
65 ans et plus	19%	19%	17%
Taux de natalité	13,9‰	12,4‰	13,7‰
Variation population*	+0,6	+0,7	+0,9
<i>dont solde naturel :</i>	+0,4	+0,4	+0,6
<i>dont solde migratoire :</i>	+0,2	+0,4	+0,3

* taux annuel moyen entre 2007 et 2012, en %

Source : Insee, RP 2012

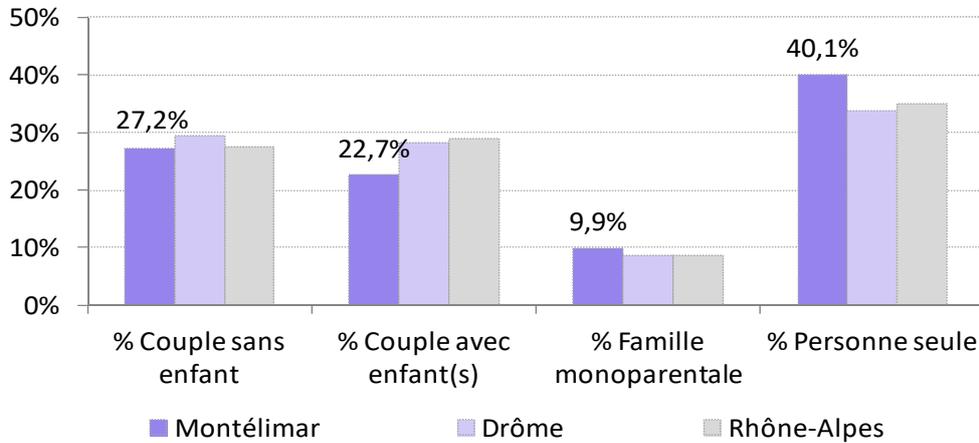
Pyramide des âges de la population de Montélimar, 2012



Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

La pyramide des âges de la commune de Montélimar présente des sous effectifs chez les moins de 20 ans et chez les 30-40 ans et à l'inverse une surreprésentation des tranches d'âge des 65 ans et plus. La part des couples avec enfants est moins élevée et la part des personnes âgées et donc des personnes vivant seules est plus élevée. La part des familles monoparentales s'élève à 10% des ménages soit un taux proche du taux observé dans la Drôme et en Rhône-Alpes.

Répartition des ménages selon la structure familiale et le territoire en 2012

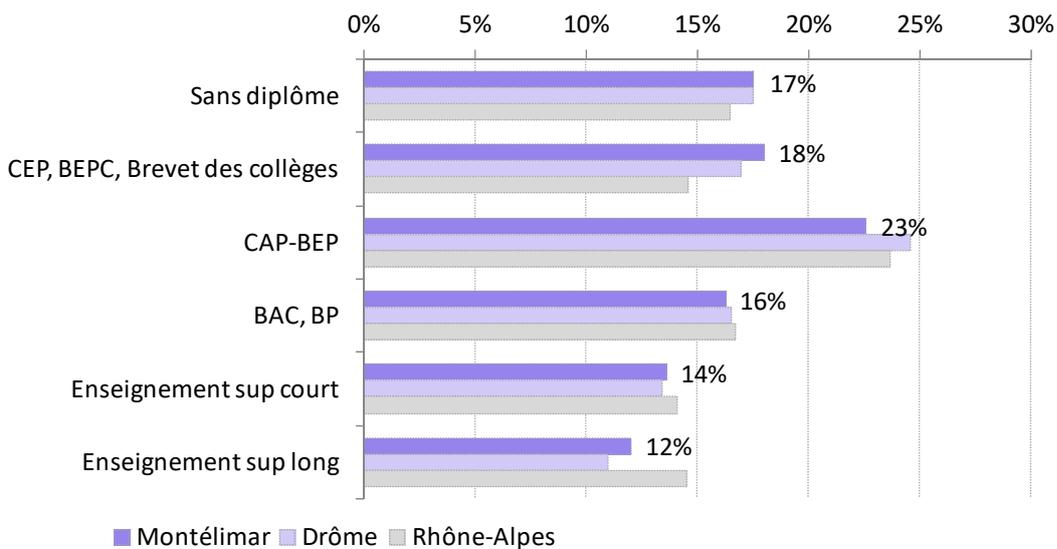


Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

1.2 Caractéristiques socio-économiques

La part des personnes sans diplôme sorties du système scolaire est égale à celle observée dans le département de la Drôme et légèrement supérieure à celle observée en Rhône-Alpes. D'une manière générale, les habitants de Montélimar sont moins diplômés que l'ensemble des habitants de Rhône-Alpes mais plus diplômés que les habitants du département de la Drôme.

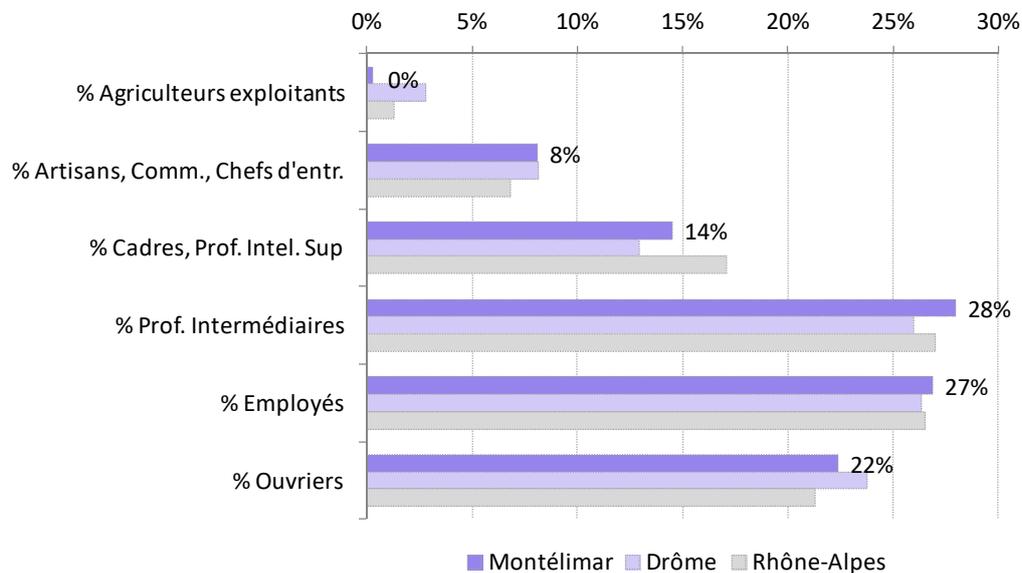
Répartition des niveaux d'études chez les 15 ans et plus sortis du système scolaire en 2012 par territoire



Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

Ces niveaux de formation se traduisent par une proportion plus élevée de professions intermédiaires, d'ouvriers et d'employés et moins de cadres qu'en Rhône-Alpes.

Population active de 15-64 ans par catégorie socioprofessionnelle



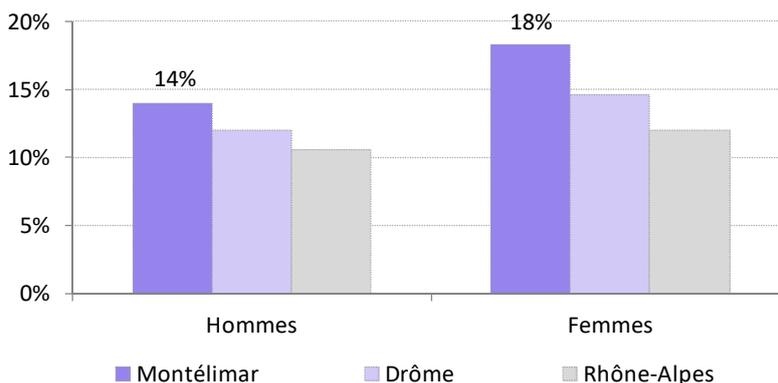
Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

1.3 Indicateurs de précarité

Plusieurs indicateurs permettent de quantifier le niveau de précarité au sein d'un territoire. Parmi ces indicateurs, nous pouvons citer en premier le taux de chômage.

Sur la commune de Montélimar le taux de chômage est plus élevé, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, que sur le département de la Drôme et qu'en région Rhône-Alpes.

Taux de chômage chez les 15-64 ans selon le sexe et par territoire en 2012

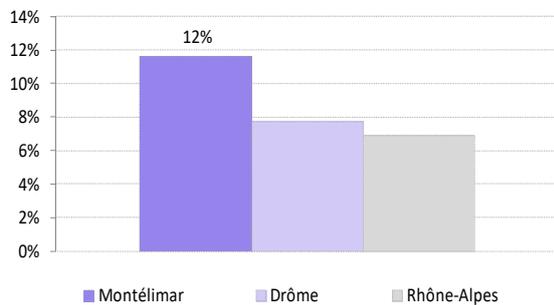


Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

Deux autres indicateurs permettent de cibler les territoires les plus en difficulté : la part des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc).

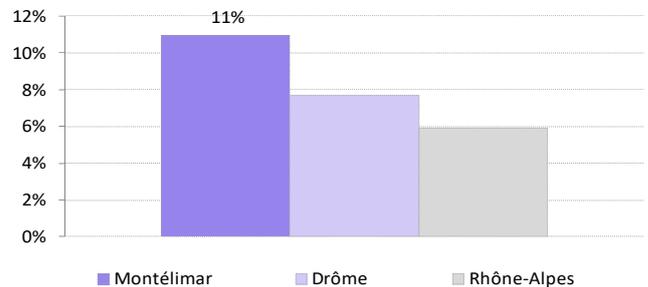
Sur la commune de Montélimar ces deux indicateurs sont moins favorables que sur les autres territoires observés. Le taux de bénéficiaires de la CMUC s'élève à 12% (versus 7% en Rhône-Alpes) et le taux de bénéficiaires du RSA s'élève à 11% (versus 5,5% en Rhône-Alpes).

Part des bénéficiaires de la CMUC en 2013



Source : Régime général de l'assurance maladie, ARS 2013

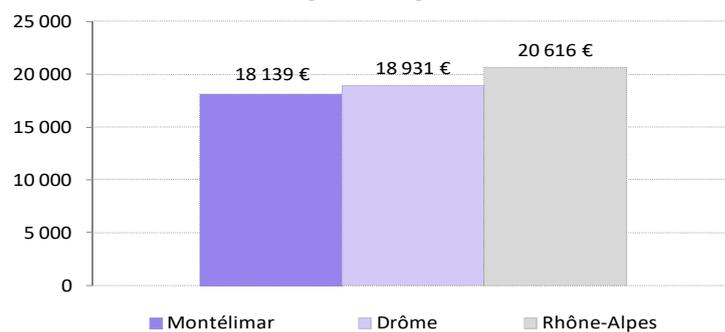
Part des bénéficiaires du RSA en 2012



Source : Cnaf, CCMSA, 2012

La médiane du revenu disponible par unité de consommation permet d'appréhender la pauvreté dite «monétaire» et fournit une évaluation des « ressources » disponibles sur un territoire donné après les effets redistributifs des prestations et des impôts. Il permet ainsi d'identifier de façon pertinente les zones qui concentrent un nombre important de ménages aux revenus modestes comparativement à d'autres territoires. Ainsi la médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2012 sur Montélimar s'élève à 18 139€ versus 18 931€ dans la Drôme et 20 616€ en Rhône-Alpes.

Médiane* du revenu disponible par unité de consommation en 2012

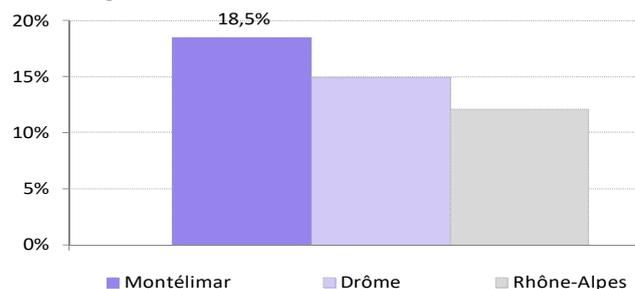


*La médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales
Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

Enfin, le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en France, comme en Europe, le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Sur la commune de Montélimar, le taux de pauvreté s'élève à 18,5% versus 12% en Rhône-Alpes.

Taux de pauvreté en 2012



Source : Insee, RP 2012, exploitation ORS

2. OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

2.1 Offre et recours aux soins libéraux

Les professionnels de santé libéraux recensés correspondent aux praticiens, déclarant un acte libéral en 2013, en cabinet, en maison de santé pluridisciplinaire, en centre de santé, à l'hôpital public ou privé ou en clinique publique ou privée à Montélimar. Ainsi 3 gynécologues exercent en cabinet libéral et 2 gynécologues réalisent des consultations libérales à l'hôpital.

A l'exception des psychiatres, les densités des praticiens sont assez élevées sur la commune de Montélimar par rapport aux densités calculées dans la Drôme et en Rhône-Alpes. Mais ces densités sont calculées par rapport à la population de la commune de Montélimar. Hors ces praticiens sont aussi consultés par des habitants des communes limitrophes.

Les professionnels de santé libéraux au 01 janvier 2015

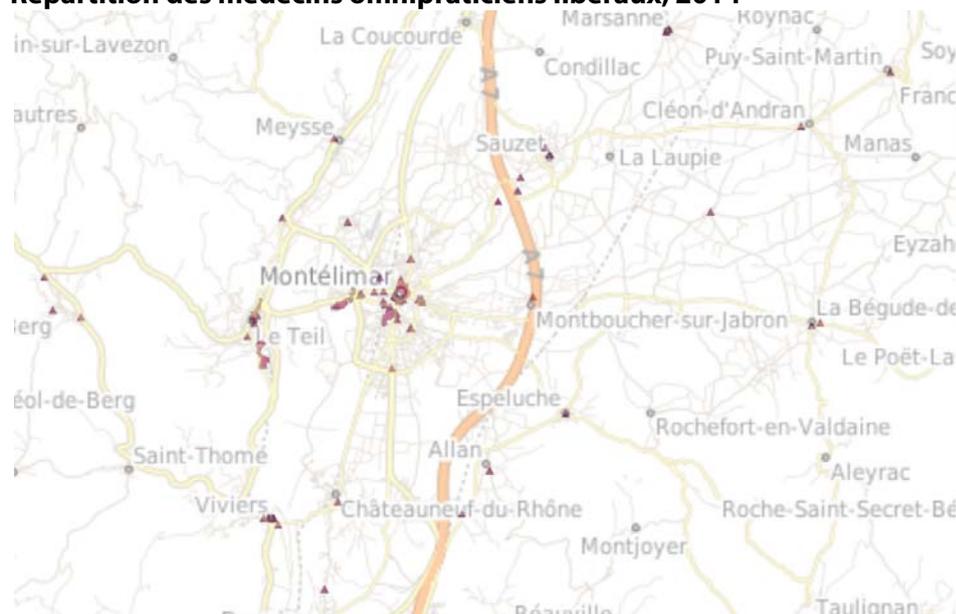
	Montélimar				Drôme	Rhône-Alpes
	Effectif	Densité*	Part 55ans et +	Part de secteur 2	Densité*	Densité*
Médecins généralistes	43	121,6	58%	19%	94,9	96,1
Gynécologues	5	62,5	60%	60%	23,0	32,7
Ophthalmologues	6	17,0	67%	33%	6,8	7,0
Pédiatres	5	79,5	80%	60%	17,4	23,1
Psychiatres	2	5,7	100%	0%	7,6	10,4
Chirurgiens-dentistes	34	96,1	29%	0%	59,8	55,3
Orthodontistes	2	5,7	100%	0%	1,4	2,9
Infirmiers	91	257,3	27%	0%	197,3	129,0
Masseurs-kinésithérapeutes	53	149,8	17%	0%	105,9	110,3
Orthophonistes	16	45,2	6%	0%	32,8	35,4

*La densité est calculée pour 100 000 habitants

Source : Régime général de l'assurance maladie, ARS 2015

Par ailleurs, et c'est le cas des médecins généralistes, sur le territoire, les praticiens sont essentiellement concentrés sur la commune de Montélimar, saturant ainsi l'offre sur la commune.

Répartition des médecins omnipraticiens libéraux, 2014

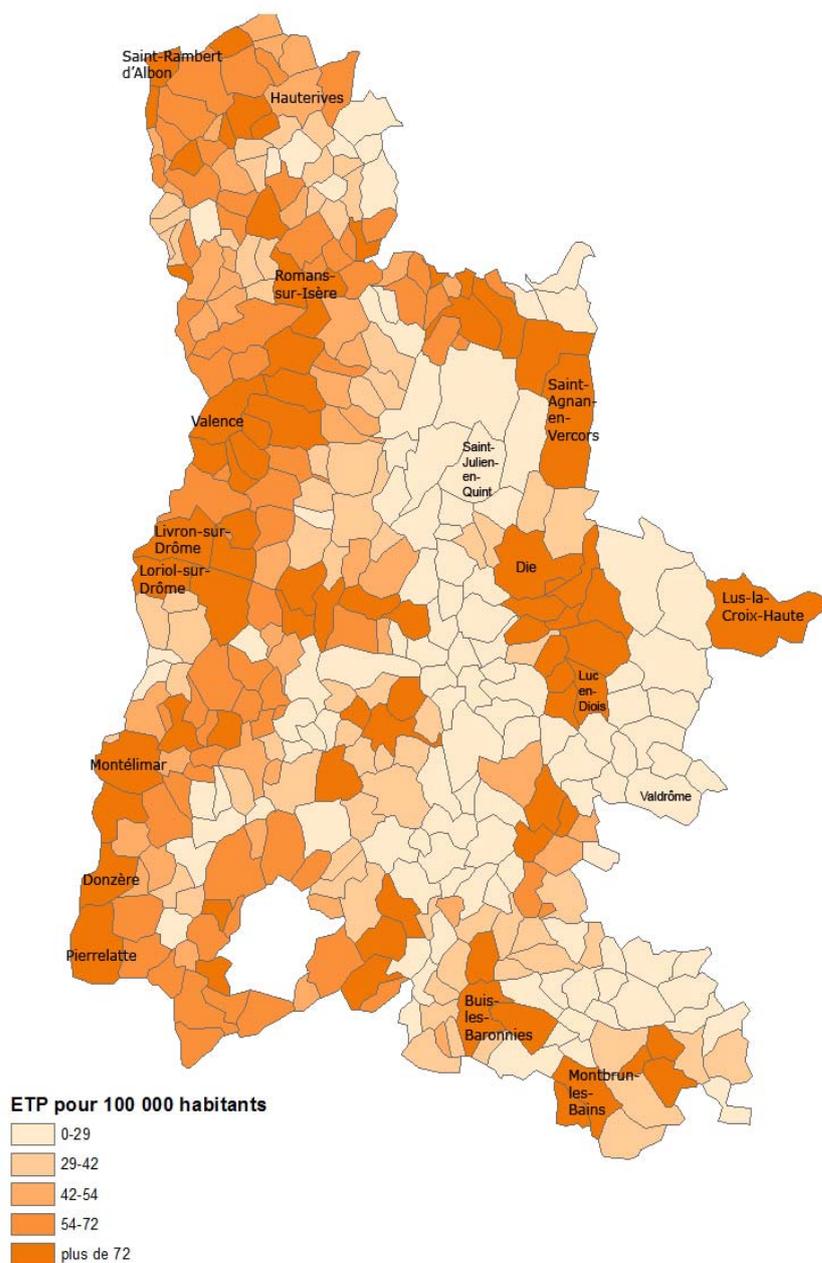


Source : Atlasanté, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, ARS 2014

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une autre mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux qui tient compte à la fois du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et des sollicitations en matière de soins des habitants, différenciées par âge, pour mesurer la demande. Cet indicateur est local, c'est-à-dire qu'il est calculé au niveau de chaque commune mais il considère aussi l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. L'APL peut s'exprimer en équivalents temps plein (ETP) puisque tous les médecins n'effectuent pas nécessairement le même nombre d'actes (consultations ou visites) au même rythme. Il tient également compte du temps qui sépare un patient de son médecin : plus ce temps augmente, plus l'APL ne diminue.

Sur la commune de Montélimar, l'APL est supérieur à 72 ETP, soit un des taux les plus élevés du département.

L'Accessibilité potentielle localisée, Département de la Drôme, 2012



Source : ARS, 2012, exploitation ORS

Le recours aux praticiens libéraux

Le taux d'affiliés au régime général ayant déclaré un médecin traitant est légèrement moins élevé à Montélimar qu'en Rhône-Alpes.

Globalement les différents recours aux praticiens libéraux sont moins élevés sur la commune de Montélimar qu'en Rhône-Alpes ou que sur le département de la Drôme. Par contre le taux de recours aux soins infirmiers est nettement plus élevé.

Recours aux praticiens libéraux en 2013

	Montélimar	Drôme	Rhône-Alpes
Affiliés de 15 ans et plus ayant déclaré un médecin traitant	88,4%	91,2%	89,4%
Recours à un médecin généraliste	70,8%	75,6%	74,3%
Recours à un ophtalmologue	9,5%	12,9%	10,8%
Recours à un dentiste	34,0%	38,4%	36,6%
Recours à un psychiatre	1,6%	2,2%	2,1%
Recours à un gynécologue	18,5%	19,4%	26,1%
Recours à un pédiatre	26,9%	12,9%	19,1%
Affiliés 75 ans et plus ayant bénéficié de soins infirmiers	70,1%	62,2%	59,3%

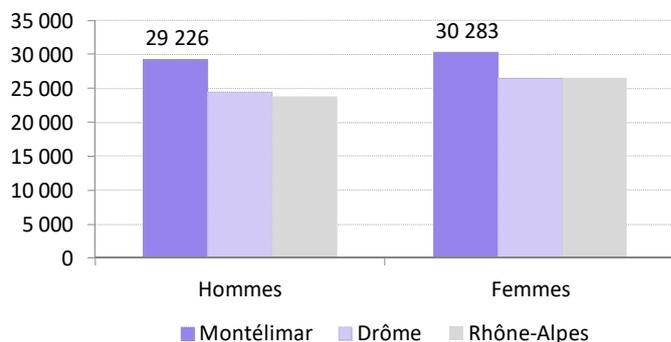
Source : Régime général de l'assurance maladie, ARS 2013

Ces recours moins élevés sont contrebalancés par un taux de séjours hospitaliers (hors urgence) plus élevé.

2.2 Séjours hospitaliers

Avec environ 11 000 séjours hospitaliers par an sur la période 2010-2013, le taux de séjours hospitaliers (toutes causes) est plus élevé chez les habitants de Montélimar que chez les habitants de l'ensemble du département de la Drôme et de la région Rhône-Alpes aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

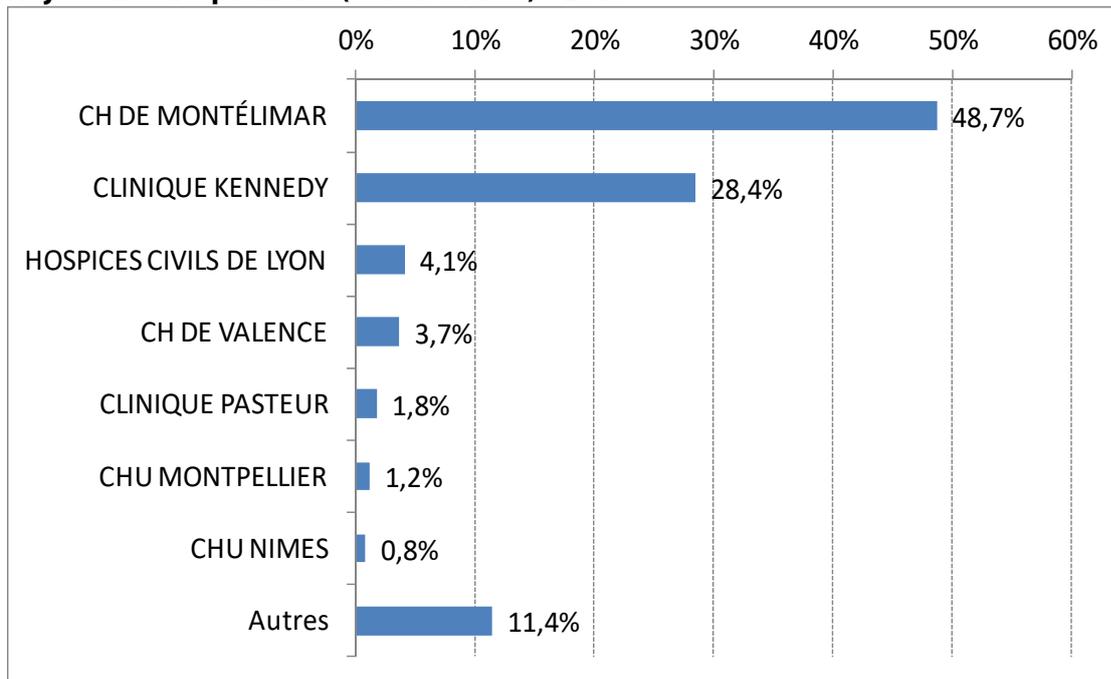
Taux standardisés annuels de séjours hospitaliers (toutes causes) pour 100 000 habitants – Période 2010-2013



Sources : PMSI – Séjours hospitaliers tous diagnostics [2010-2013], Insee [RP 2012]

En 2013, sur l'ensemble des séjours des habitants de Montélimar (11 573 séjours en 2013), 49% ont eu lieu au centre hospitalier de Montélimar et 28% à la clinique Kennedy.

Trajectoires hospitalières (toutes causes) – 2013



Sources : PMSI – Séjours hospitaliers [2013], Insee [RP 2012]

Et parmi les séjours pour accouchement (527 accouchements en 2013), 93% ont lieu au centre hospitalier de Montélimar.

3.ÉTAT DE SANTÉ

3.3 Les Affections Longue Durée

Définition et interprétation

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Cette obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité est couverte par le champ des ALD.

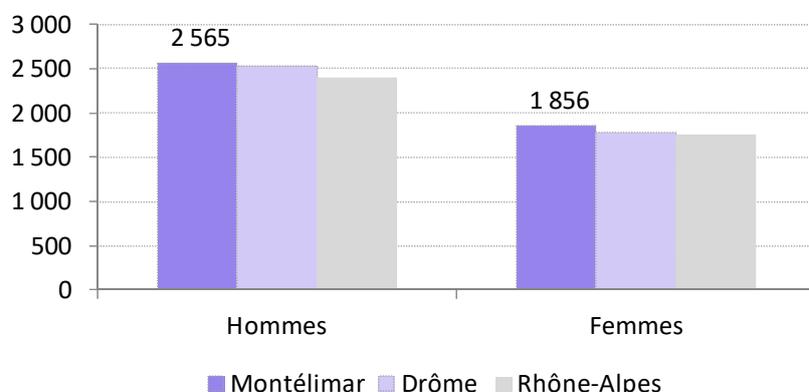
Les déclarations d'ALD sont très praticiens-dépendants. Parfois, également, des personnes bénéficiant d'ALD à d'autres titres ne font pas systématiquement l'objet de déclaration d'une nouvelle ALD.

Ainsi ces indicateurs soulignent des tendances mais ils sont à interpréter avec prudence et sont à croiser avec les indicateurs qui seront présentés par la suite.

Enfin, Les données présentées sont à l'échelle du code postal qui englobe les communes de Montélimar et d'Ancône.

Avec 890 nouvelles admissions par an sur la période 2010-2013, le taux annuel de nouvelles admissions en ALD est légèrement plus élevé chez les hommes et les femmes domiciliés à Montélimar que chez les habitants du département de la Drôme et de la région Rhône-Alpes.

Taux annuels standardisés de nouvelles admissions en ALD (toutes causes) pour 100 000 habitants, période 2010- 2013

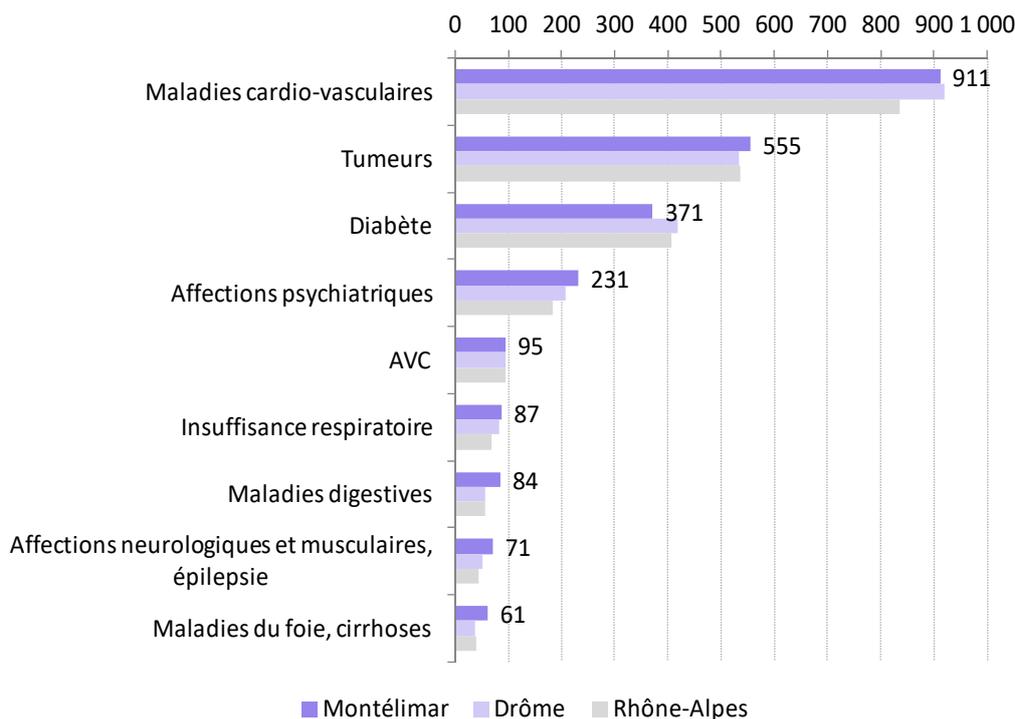


Source : Cnamts, MSA, RSI, 2010-2013

Sur les 890 nouvelles admissions, 19 concernent des jeunes de 15-24 ans et 488 des personnes âgées de 65 ans et plus.

Parmi les causes qui se démarquent chez les hommes, soulignons que les taux d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires, pour tumeurs et affections psychiatriques sont légèrement plus élevés sur Montélimar qu'en Rhône-Alpes.

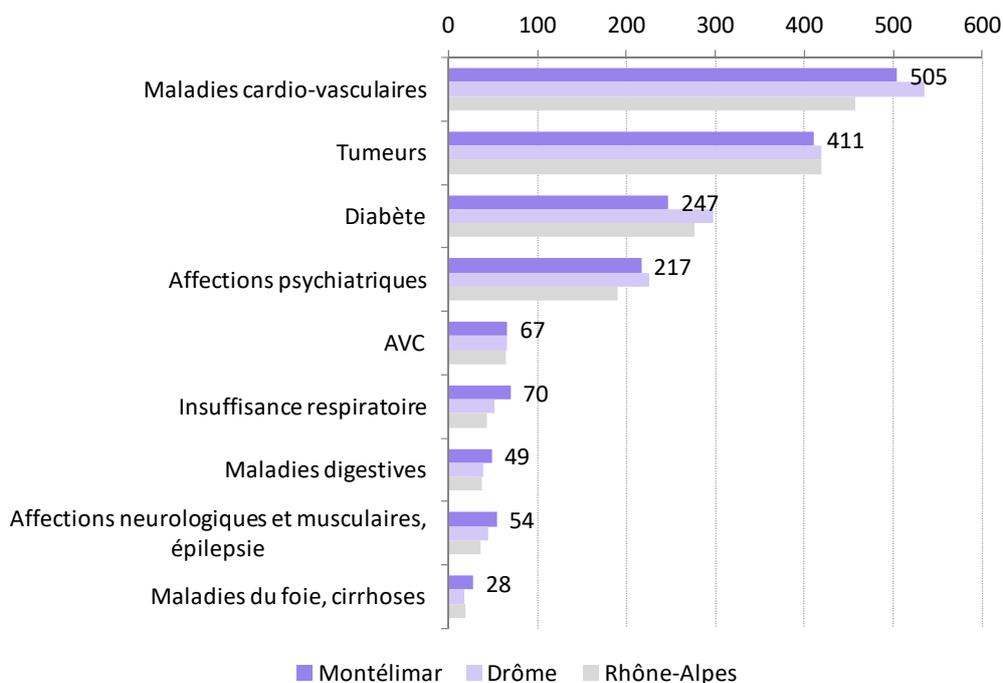
Taux annuel standardisé d'admission en ALD pour les principales causes, pour 100 000 habitants, chez les hommes, période 2010-2013



Source : Cnamts, MSA, RSI, 2010-2013

Chez les femmes, les maladies de l'appareil respiratoire (et surtout l'insuffisance respiratoire) se démarquent sur la commune d'Oyonnax.

Taux annuel standardisé d'admission en ALD pour les principales causes pour 100 000 habitants, chez les femmes, période 2010-2013



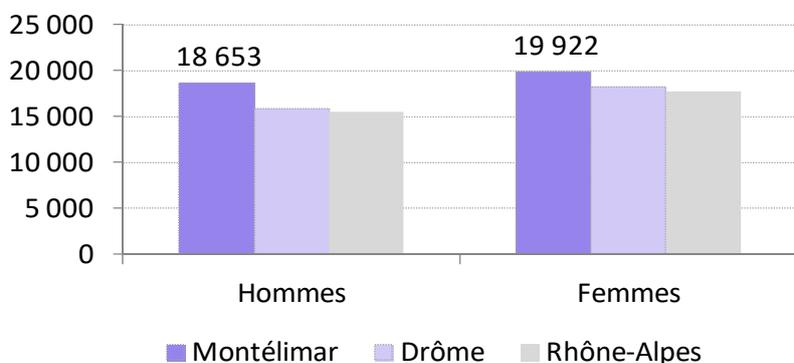
Source : Cnamts, MSA, RSI, 2010-2013

3.4 Les hospitalisations en MCO

Les données présentées sont à l'échelle du code postal qui englobe les communes de Montélimar et d'Ancône.

Avec 7 320 patients domiciliés sur les communes de Montélimar et Ancône hospitalisés par an, le taux de patients hospitalisés est plus élevé sur ce territoire que sur les territoires de référence aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisés annuels de patients hospitalisés pour 100 000 habitants, période 2010-2013

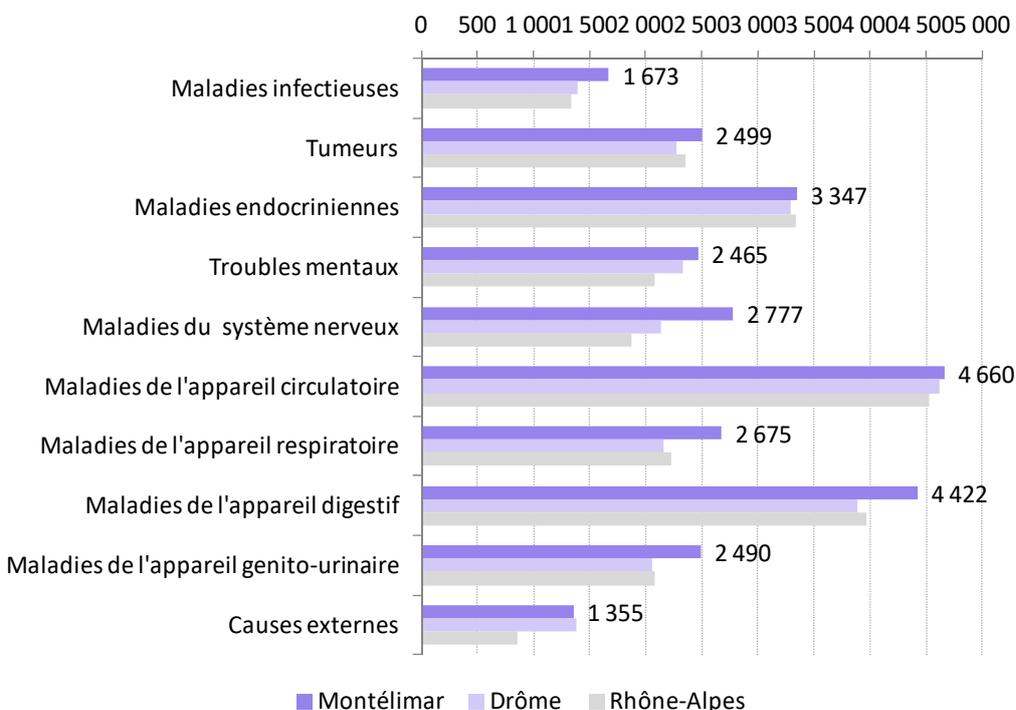


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Parmi les grandes causes d'hospitalisation chez les hommes, notons que les taux de maladies infectieuses, les maladies du système nerveux, les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de l'appareil génito-urinaire sont beaucoup plus élevés sur la commune de Montélimar qu'en Rhône-Alpes ou sur le département de la Drôme.

Par ailleurs, les patients hospitalisés pour causes externes (accidents, tentatives de suicide...) sont aussi élevés à Montélimar que dans la Drôme. Ces taux sont nettement plus élevés qu'en Rhône-Alpes.

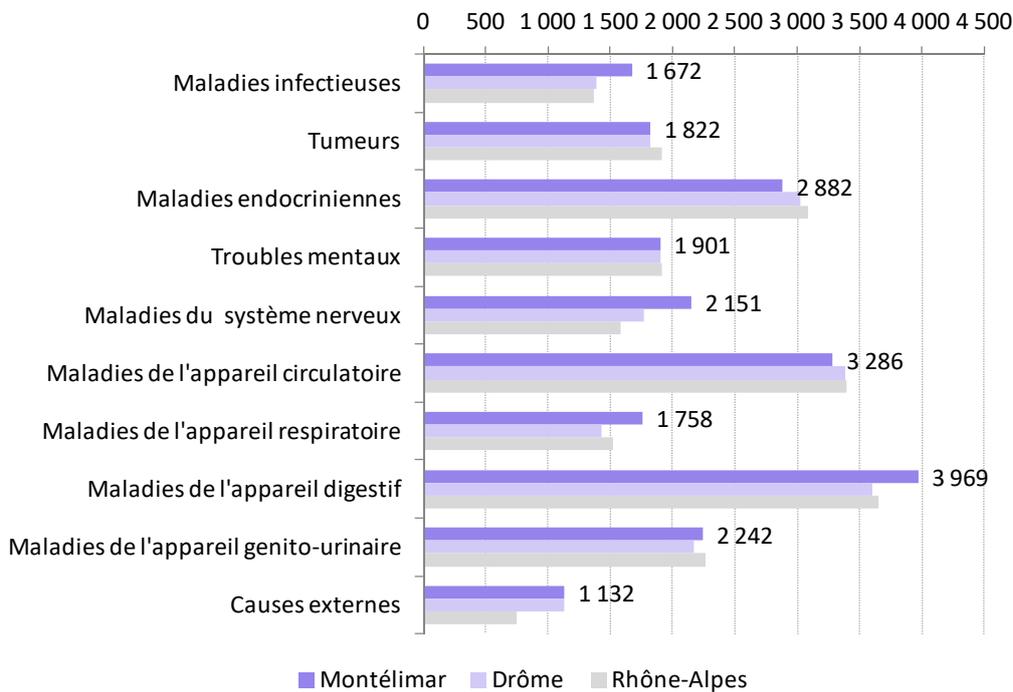
Taux standardisés annuels de patients hospitalisés par grande cause, chez les hommes, pour 100 000 habitants, période 2010-2013



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Chez les femmes, hormis les patientes hospitalisées pour maladies de l'appareil génito-urinaire, le constat est identique.

Taux standardisés annuels de patientes hospitalisées par grande cause, pour 100 000 habitantes, période 2010-2013

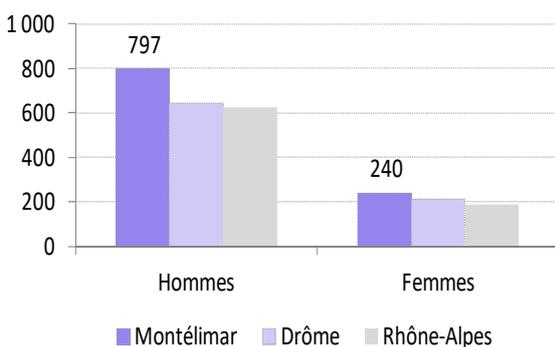


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

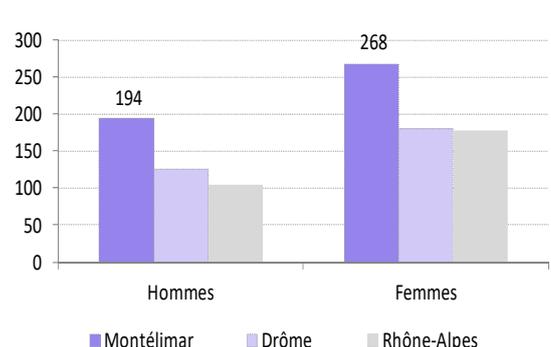
Parmi les causes spécifiques, les patients hospitalisés pour pathologies liées à l'alcool et les séjours pour tentative de suicide sont particulièrement élevés sur la commune de Montélimar par rapport au département de la Drôme et à la région Rhône-Alpes.

Taux de patients hospitalisés par causes spécifiques pour 100 000 habitants, période 2010-2013

Pathologies liées à l'alcool (N=186)



Les séjours pour tentatives de suicide (N=83)

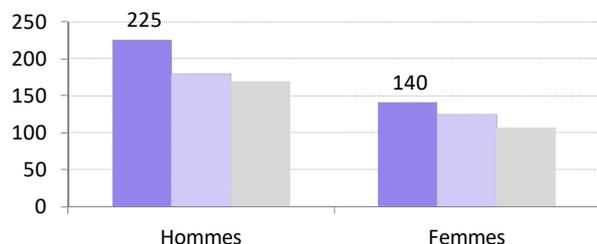


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

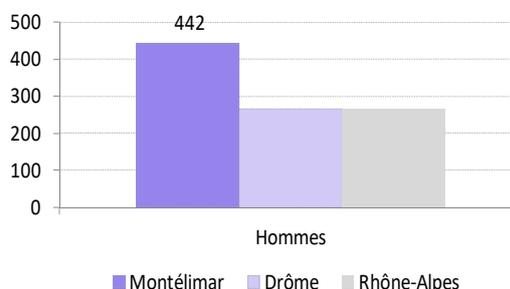
Les taux de patients hospitalisés pour certaines tumeurs se démarquent également sur la commune de Montélimar aussi bien chez les hommes que chez les femmes. C'est le cas du cancer du colon-rectum, du cancer de la prostate et du cancer du sein.

Taux de patients hospitalisés par causes spécifiques pour 100 000 habitants, période 2010-2013

Cancer du colon-rectum (N=75)

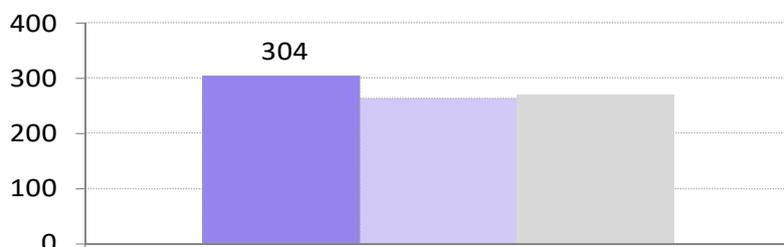


Cancer de la prostate (N=80)



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

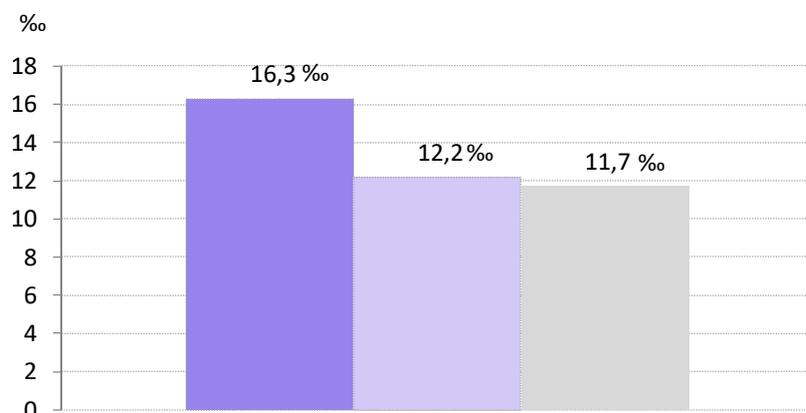
Cancer du sein (N=70)



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Notons, enfin, qu'avec 135 séjours hospitaliers pour interruption volontaire de grossesse (IVG), le taux de séjours hospitaliers pour IVG s'élève à 16,3 pour 1 000 femmes de 15-49 ans, soit un taux plus élevé que ceux observés dans la Drôme et en Rhône-Alpes.

Taux annuel de séjours hospitaliers pour IVG pour 100 000 femmes de 15-49 ans, période 2010-2013



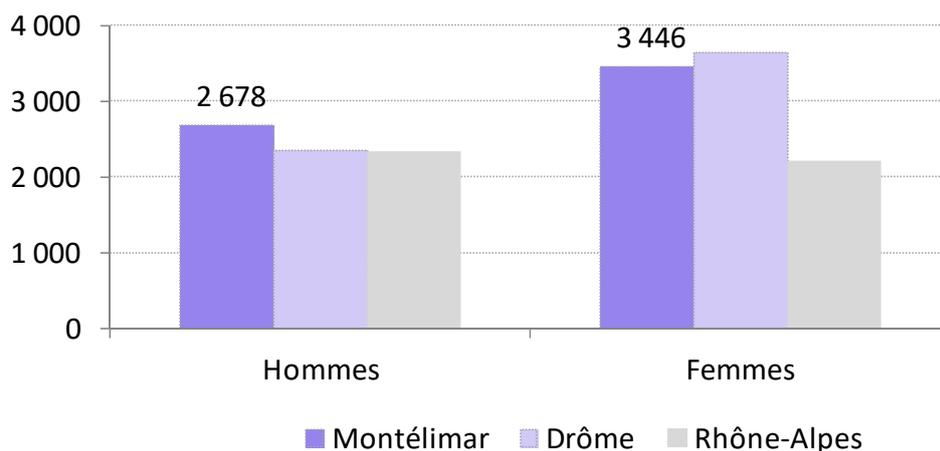
Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

3.5 Les soins spécialisés en psychiatrie

Les données présentées sont à l'échelle du code postal qui englobe les communes de Montélimar et d'Ancône.

En 2013, 1 129 habitants de Montélimar et Ancône ont eu un suivi en établissements psychiatriques en ambulatoire. Le taux standardisé de patients vus est plus élevé chez les hommes domiciliés sur ce territoire qu'en Rhône-Alpes et dans la Drôme. Chez les femmes, le taux est légèrement inférieur au taux observé dans le département de la Drôme mais bien supérieur à celui observé en Rhône-Alpes.

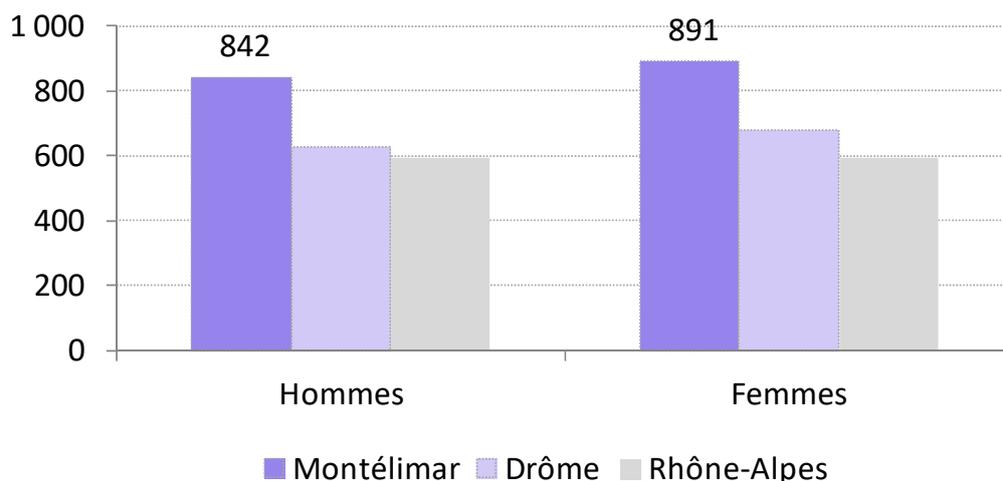
Taux standardisés de patients vus exclusivement en ambulatoire en psychiatrie, pour 100 000 habitants, année 2013



Source : RIM-P 2013, INSEE 2012

Avec 318 patients hospitalisés à temps partiel ou à temps plein en établissement psychiatrique, les taux standardisés de patients domiciliés à Montélimar et Ancône sont plus élevés aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisés de patients hospitalisés à temps partiel ou temps complet, pour 100 000 habitants, année 2013

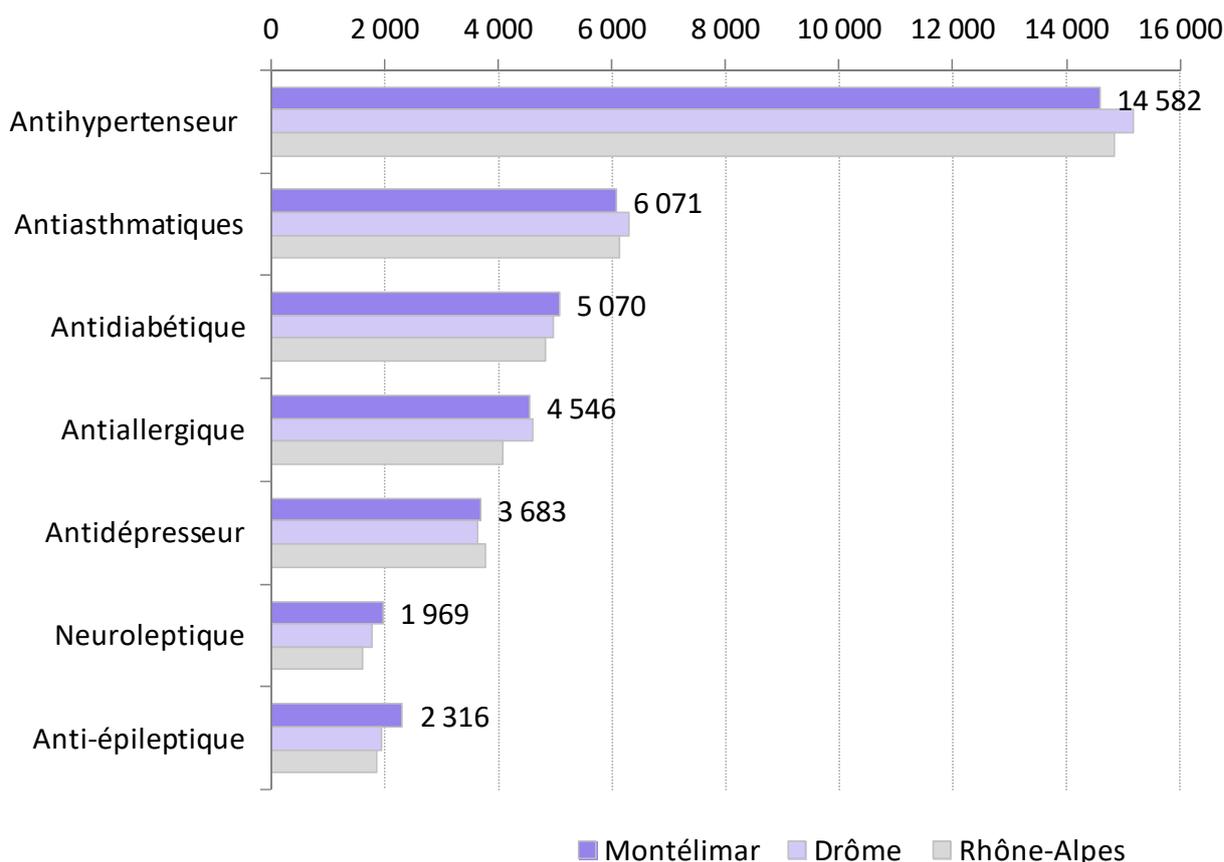


Source : RIM-P 2013, INSEE 2012

3.6 Consommation régulière de médicaments

La consommation de médicaments est dite régulière à partir de trois prescriptions dans l'année. Chez les hommes domiciliés sur la commune de Montélimar, les taux de consommation d'antidiabétiques, d'antiallergiques, neuroleptiques et antiépileptiques, proches des taux du département de la Drôme, sont légèrement supérieurs aux taux observés dans la région Rhône-Alpes.

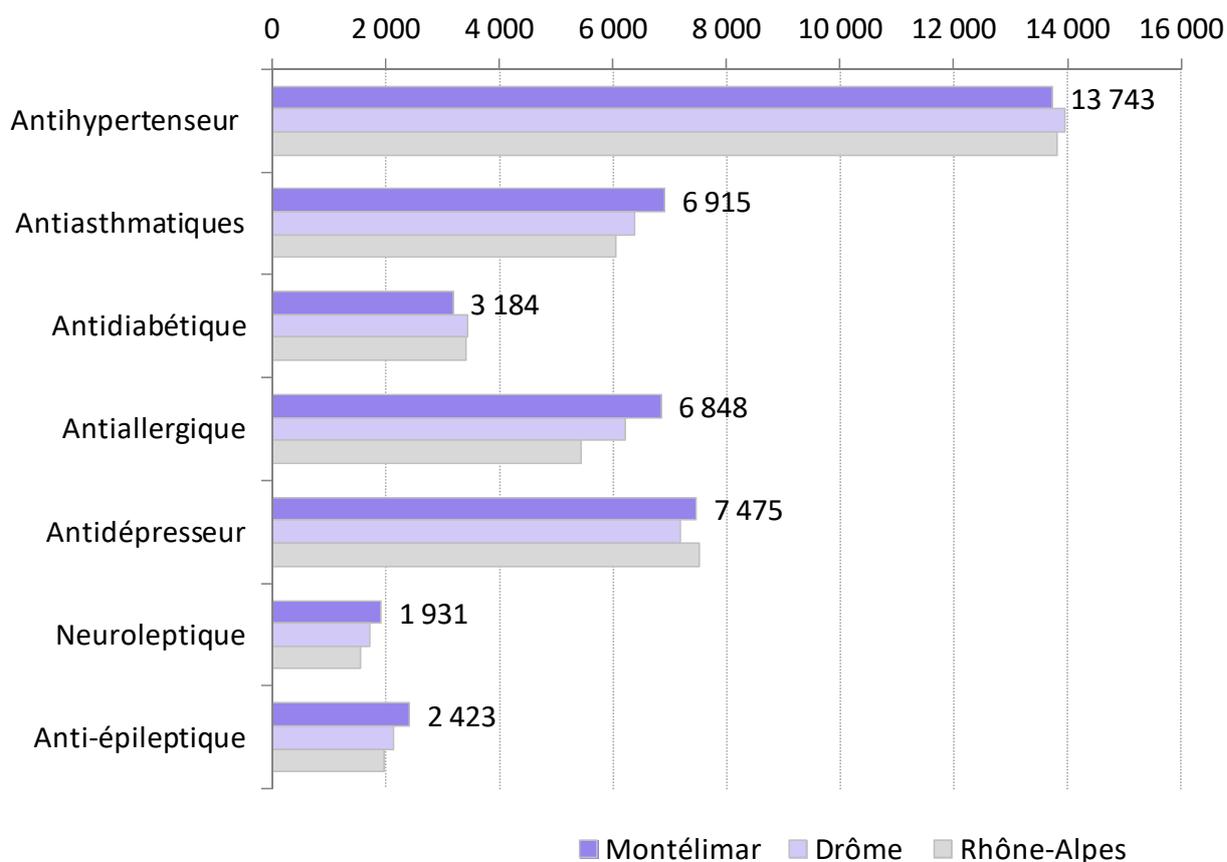
Taux standardisé de consommation régulière de médicaments, pour 100 000 affiliés, chez les hommes, 2014



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

Chez les femmes domiciliées à Montélimar, les taux de consommation d'antiasthmatiques, antiallergiques et neuroleptiques sont nettement plus élevés que les taux observés dans la Drôme et en Rhône-Alpes.

Taux standardisé de consommation régulière de médicaments, pour 100 000 affiliées, chez les femmes, 2014



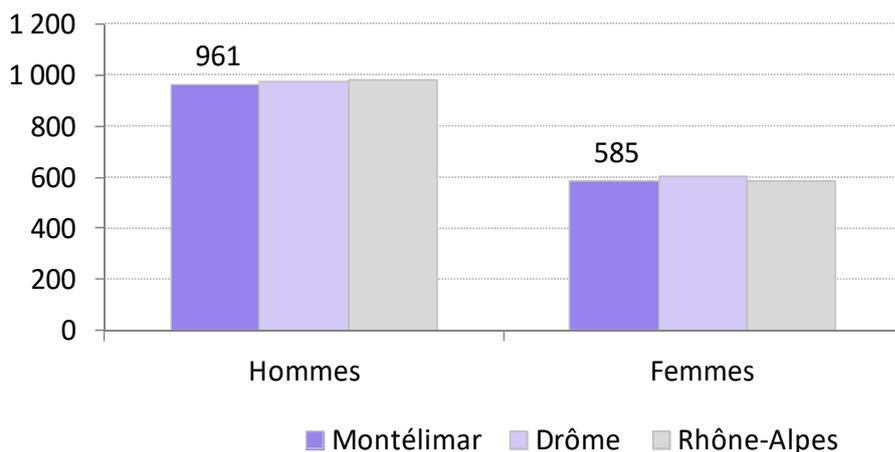
Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

3.7 La mortalité

Sur la période 2008-2012, environ 314 décès ont été recensés par an soit un taux de mortalité générale qui s'élève à 747 pour 100 000 habitants. Ce taux est proche du taux régional qui s'élève à 750 pour 100 000 en Rhône-Alpes.

Les taux annuels de mortalité générale chez les hommes et chez les femmes domiciliés à Montélimar sont proches des taux observés sur les autres territoires de référence.

Taux annuel standardisé de mortalité générale pour 100 000 habitants, 2008-2012



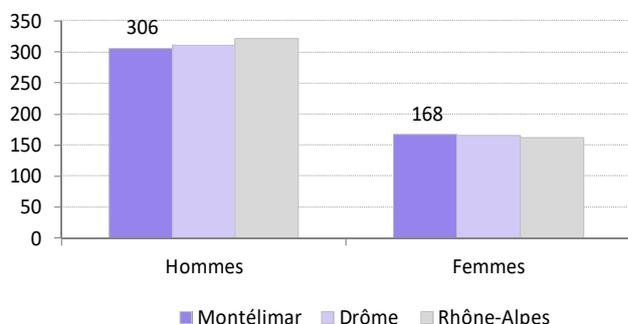
Source : Inserm, CépiDc 2008-2012, exploitation ORS

Les deux grandes causes de décès sur la commune de Montélimar, comme sur les autres territoires en Rhône-Alpes et en France, sont les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires.

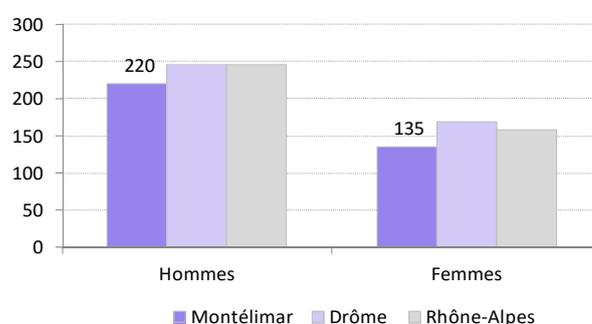
Sur la commune de Montélimar, sur la période 2008-2012, on recense en moyenne par an 94 décès pour tumeurs et 74 décès pour maladies cardio-vasculaires. Les taux annuels standardisés pour ces deux grandes causes sont moins élevés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes domiciliés sur la commune de Montélimar, que chez les habitants des autres territoires de référence.

Taux annuel standardisé de mortalité par cause spécifique pour 100 000 habitants, 2008-2012

Tumeurs



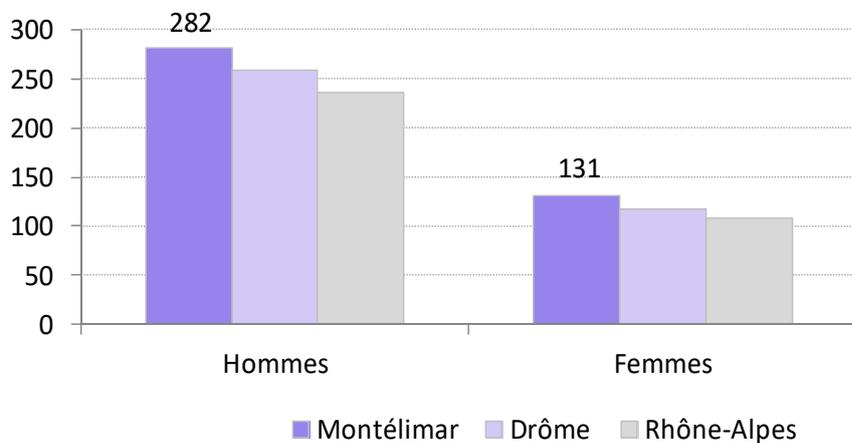
Maladies cardio-vasculaires



Source : Inserm, CépiDc 2008-2012, exploitation ORS

Sur la même période, environ 62 décès de Montiliens sont survenus par an avant l'âge de 65 ans, soit un taux de mortalité prématurée de 202 pour 100 000 habitants (*versus* 171 pour 100 000 en Rhône-Alpes). Les taux annuels standardisés de mortalité prématurée sont plus élevés à Montélimar que dans la Drôme et Rhône-Alpes.

Taux annuel standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants, 2008-2012



Source : Inserm, CépiDc 2008-2012, exploitation ORS

LES JEUNES DE 15-24 ANS

1. LE RECOURS AUX SOINS DES JEUNES DE 15- 24 ANS

D'après l'enquête du Baromètre santé sur « les comportements de santé des jeunes »², d'une façon générale, 96,2 % des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé.

Comme pour la population générale, le médecin généraliste demeure le professionnel de santé le plus consulté, devant le dentiste. Les taux de recours à ces deux professionnels de santé sont moins élevés sur la commune de Montélimar qu'en Rhône-Alpes et dans la Drôme. Le taux de recours à un gynécologue pour les jeunes femmes de 15-24 ans est particulièrement bas à Montélimar et dans la Drôme.

Les jeunes peuvent également consulter le médecin ou l'infirmière scolaire pour les jeunes scolarisés. Mais d'après cette même enquête, la fréquentation d'un médecin ou d'une infirmière scolaire par les jeunes scolarisés semble relativement faible.

Toujours d'après le Baromètre Santé, le recours « au moins une fois dans l'année » à un médecin généraliste est indépendant de la situation professionnelle des jeunes ou du fait qu'ils déclarent avoir renoncé à des soins pour raison financière ; en revanche, de façon significative, les plus diplômés sont ceux qui consultent le plus.

Taux de recours aux praticiens libéraux chez les jeunes de 15-24 ans, 2014

	Montélimar	Drôme	Rhône-Alpes
Recours à un médecin généraliste	59,5	65,8	65,6
Recours à un dentiste	24,1	27,5	25,7
Recours à un gynécologue	4,3	4,4	7,6

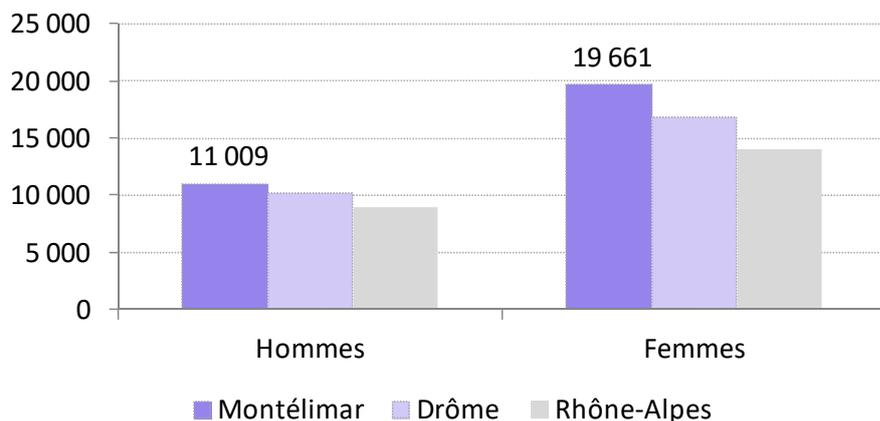
Source : Régime général de l'assurance maladie, ARS 2014

² Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>

2. LES JEUNES ET L'HÔPITAL

Sur la période 2010-2013, environ 679 jeunes âgés de 15-24 ans domiciliés à Montélimar et Ancône ont été hospitalisés par an, soit un taux annuel de jeunes hospitalisés qui s'élève à 15 323 pour 100 000 jeunes de 15-24 ans (versus 11 440 en Rhône-Alpes). Le constat est identique à celui de la population générale : les taux de jeunes hospitalisés sont plus élevés que dans la Drôme et la région, aussi bien chez les garçons que chez les filles domiciliés sur ces deux communes.

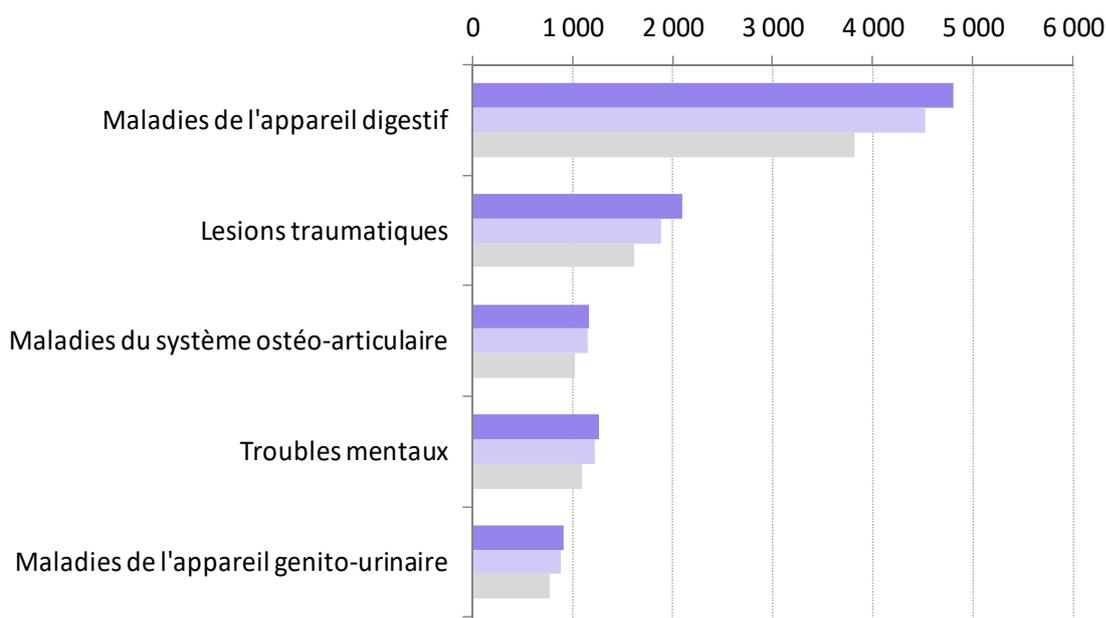
Taux annuel brut de jeunes de 15-24 ans hospitalisés sur la période 2010-2013 (N=679/an)



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Les maladies de l'appareil digestif sont les premières causes d'hospitalisation chez les jeunes aussi bien à Montélimar que sur les autres territoires en Rhône-Alpes. Parmi les maladies de l'appareil digestif, les troubles de l'odontogénèse et autres affections des dents sont les principaux motifs d'hospitalisation. Sur les communes de Montélimar et Ancône, le taux de patients de 15-24 ans hospitalisés pour maladies de l'appareil digestif est plus élevé que les taux observés sur les autres territoires de comparaison. Les lésions traumatiques (fractures et plaies essentiellement) sont la seconde grande cause d'hospitalisation chez les jeunes et les taux sont également plus élevés chez les jeunes Montéliens.

Principaux motifs d'hospitalisation chez les jeunes de 15-24 ans, 2010-2013



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

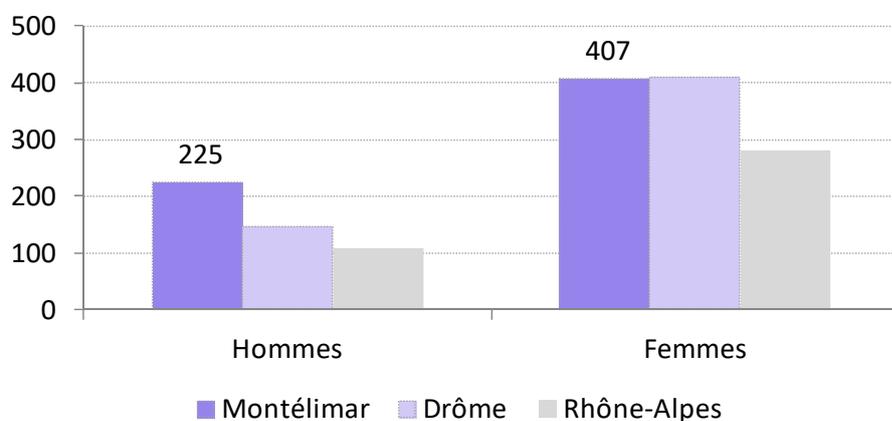
3. LA SANTE MENTALE CHEZ LES JEUNES

Les comportements addictifs (consommation de tabac, de boissons alcoolisées et de drogues illicites) et les troubles mentaux sont les principaux problèmes de santé des jeunes en France³.

A Montélimar, la problématique de la santé mentale ressort particulièrement à travers les indicateurs analysés : séjours pour tentative de suicide, prise en charge des jeunes en établissement spécialisé en psychiatrie.

Ainsi, avec 14 séjours pour tentative de suicide (TS) chez les jeunes Montiliens de 15-24 ans par an sur la période 2010-2013, les taux de séjours pour TS sont beaucoup plus élevés qu'en Rhône-Alpes. Chez les jeunes filles, qui sont plus touchées, le taux de séjours hospitaliers pour TS est proche du taux observé dans le département de la Drôme.

Taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les jeunes de 15-24 ans - pour 100 000 jeunes de 15-24 ans, Période 2010-2013

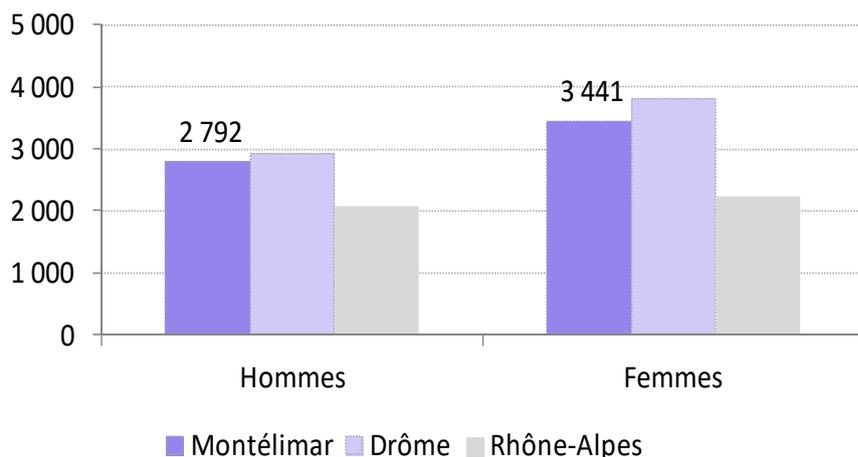


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Par ailleurs, en 2013, 138 jeunes de 15-24 ans ont été pris en charge en établissements psychiatriques en ambulatoire. Les taux de prise en charge des jeunes s'élevaient chez les hommes à 2 792 pour 100 000 jeunes garçons de 15-24 ans et chez les femmes à 3 441 pour 100 000 jeunes femmes de 15-24 ans. Ces taux sont légèrement inférieurs aux taux observés dans le département de la Drôme mais supérieurs à ceux observés en Rhône-Alpes.

³ Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>

Taux de prise en charge des jeunes de 15-24 ans en établissement spécialisé en psychiatrie – En ambulatoire exclusivement – pour 100 000 jeunes de 15-24 ans, 2013



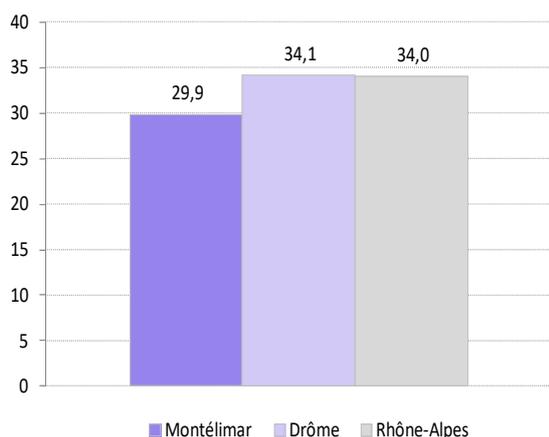
Source : RIM-P 2013, INSEE 2012

4. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

L'Assurance Maladie propose aux enfants et adolescents de 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, le programme M'T dents comprenant un examen bucco-dentaire gratuit. Cet examen est intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Sur la commune de Montélimar, le taux de jeunes ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire s'élève à 30% contre 34% en région Rhône-Alpes et dans le département de la Drôme.

Taux de bénéficiaires du programme M't dents des jeunes (en %), 2014



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

LES PERSONNES AGEES DE 65 ANS ET PLUS

1. LE RECOURS AUX SOINS DES PERSONNES AGEES DE 65 ANS ET PLUS

Comme pour l'ensemble de la population, le recours aux praticiens libéraux est moins élevé sur la commune de Montélimar qu'en Rhône-Alpes ou que sur le département de la Drôme et le taux de recours aux soins infirmiers reste plus élevé.

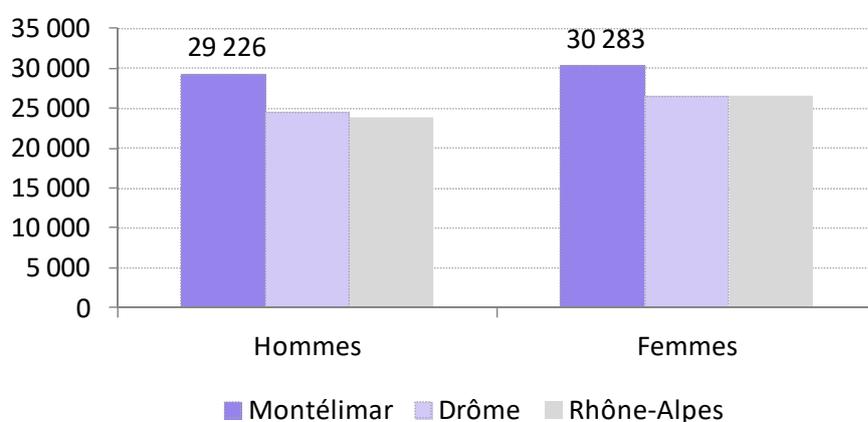
Taux de recours aux praticiens libéraux chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2014

	Montélimar	Drôme	Rhône-Alpes
Recours à un médecin généraliste	84%	86%	85%
Recours à un ophtalmologue	13%	20%	16%
Recours à un dentiste	32%	35%	34%
Bénéficiaires de soins infirmiers	61%	57%	55%

Source : Régime général de l'assurance maladie, ARS 2014

Ce recours aux soins libéraux moins élevé est contrebalancé par un taux de séjours hospitaliers (hors urgence) plus élevé également aussi bien chez les hommes que chez les femmes domiciliés à Montélimar. Le nombre de séjours s'élève en moyenne par an à 11 000 séjours.

Taux bruts annuels de séjours hospitaliers chez les personnes âgées de 65 ans et plus (toutes causes), pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, période 2010-2013

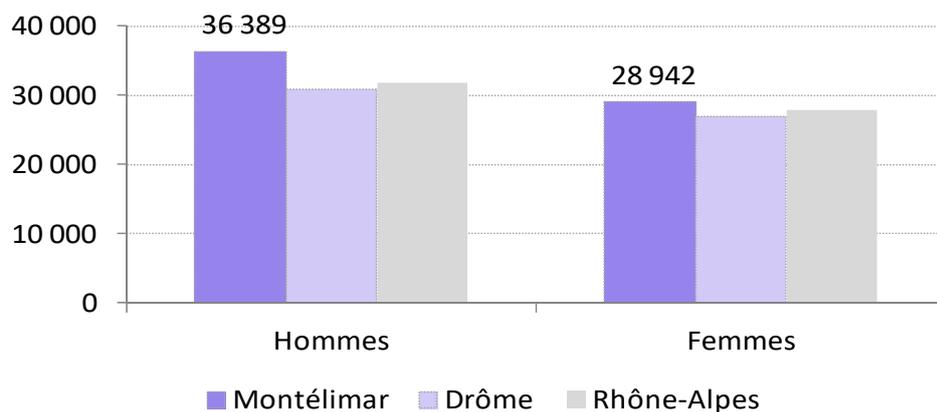


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

2.L'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES DE 65 ANS ET PLUS

Avec environ 2 267 patients domiciliés à Montélimar et Ancône hospitalisés par an sur la période 2010-2013, le taux de patients hospitalisés de 65 ans et plus s'élève à 31 987 pour 100 000 habitants (*versus* 29 595 patients pour 100 000 en Rhône-Alpes).

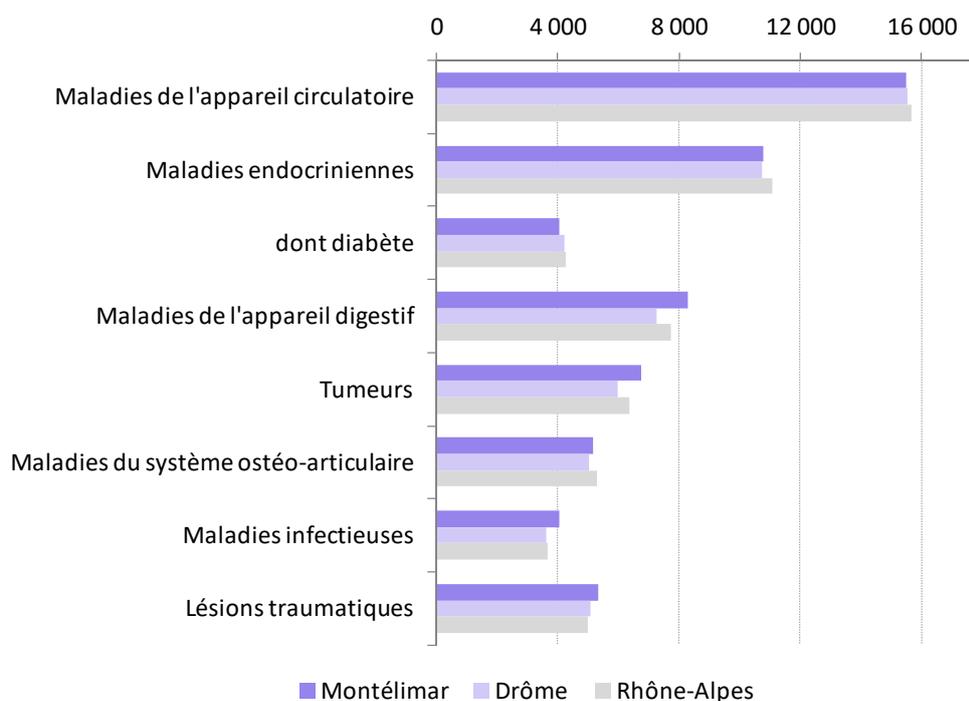
Taux annuel brut de personnes de 65 ans et plus hospitalisés sur la période 2010-2013 (pour 100 000 habitants de 65 ans et plus)



Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

Les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs sont les principales grandes causes d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus, quel que soit le territoire. Il n'y a pas de différences significatives entre les territoires étudiés.

Taux bruts de patients hospitalisés par principaux motifs chez les personnes âgées de 65 ans et plus par territoire, (pour 100 000 habitants de 65 ans et plus), période 2010-2013

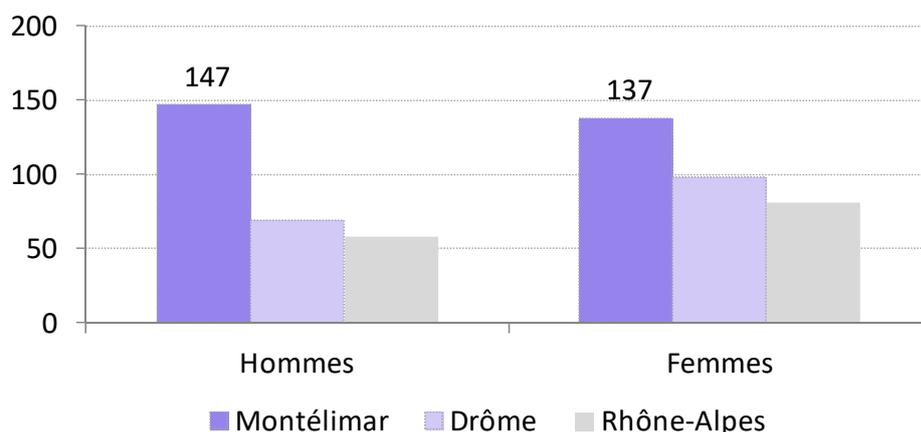


Sources : PMSI 2010-2013, Insee [RP 2012]

3. SANTE MENTALE ET PERSONNES ÂGÉES

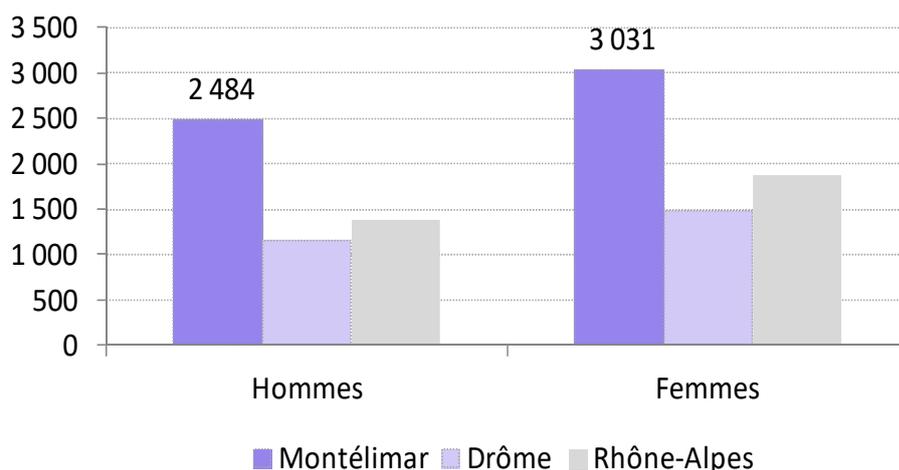
Avec environ par an 10 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (TS) sur la période 2010-2013, les taux de séjours hospitaliers pour TS chez les habitants de Montélimar et Ancône sont beaucoup plus élevés que sur le département de la Drôme et en région Rhône-Alpes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux bruts de séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et territoire (pour 100 000 habitants), période 2010-2013



Par ailleurs, en 2013, 199 personnes domiciliées à Montélimar et Ancône ont été prises en charge dans un établissement spécialisé en psychiatrie en ambulatoire. Les taux de prise en charge psychiatrique sont beaucoup plus élevés chez les habitants de Montélimar et Ancône que sur le département de la Drôme et en région Rhône-Alpes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux de prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus en établissement spécialisé en psychiatrie – En ambulatoire exclusivement - 2013

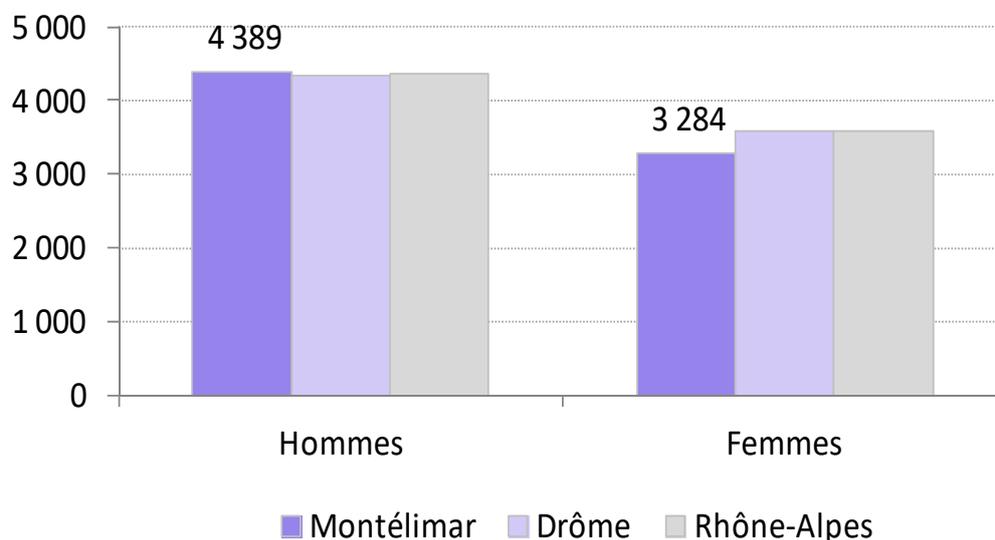


Source : RIM-P 2013, INSEE 2012

4.MORTALITÉ

Avec 252 décès par an en moyenne, sur la période 2008-2012, le taux de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus domiciliées à Montélimar s'élève à 3 743 décès pour 100 000 habitants de 65 ans et plus (*versus* 3 907 pour 100 000 en Rhône-Alpes).

Taux brut annuel de mortalité chez les personnes de 65 ans et plus – 2008-2012



Source : Inserm, CépiDc 2008-2012, exploitation ORS

Parmi les causes de décès, les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires sont les principales grandes causes de décès quel que soit le territoire. Sur la période 2008-2012, environ 70 décès des Montiliens âgés de 65 ans et plus sont dus à une tumeur et 66 à une maladie cardio-vasculaire.

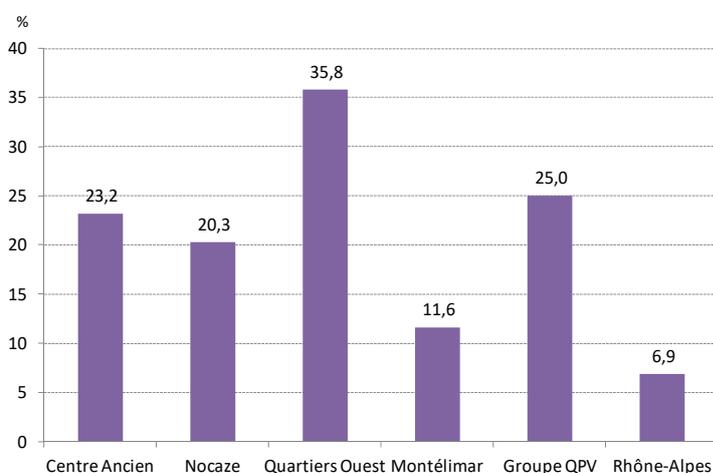
FOCUS SUR LES QPV : CENTRE ANCIEN, NOCAZE, QUARTIERS OUEST

1.DONNÉES SOCIO-SANITAIRES

Les données socio-sanitaires disponibles à l'échelle des quartiers en politique de la ville (QPV) sont issues du régime général de l'assurance maladie des travailleurs salariés, seule source de données sanitaires disponibles à cette échelle. Les données des quartiers « Centre Ancien » « Nocaze » et « Quartiers Ouest » sont comparées aux données de la commune, de la région Rhône-Alpes et au groupe QPV (taux moyen des QPV en Rhône-Alpes).

Les taux de bénéficiaires de la CMUc sont deux voire trois fois plus élevés sur les QPV que sur la commune de Montélimar et qu'en Rhône-Alpes. Le taux s'élève à 20% à « Nocaze », 23% dans le quartier « Centre ancien » et 36% dans les « Quartiers Ouest » (versus 12% sur la commune de Montélimar). Les taux à Centre Ancien et Nocaze sont moins élevés que la moyenne des QPV, mais le taux de « Quartiers Ouest » est beaucoup plus élevé, soulignant une plus grande précarité sur ce territoire.

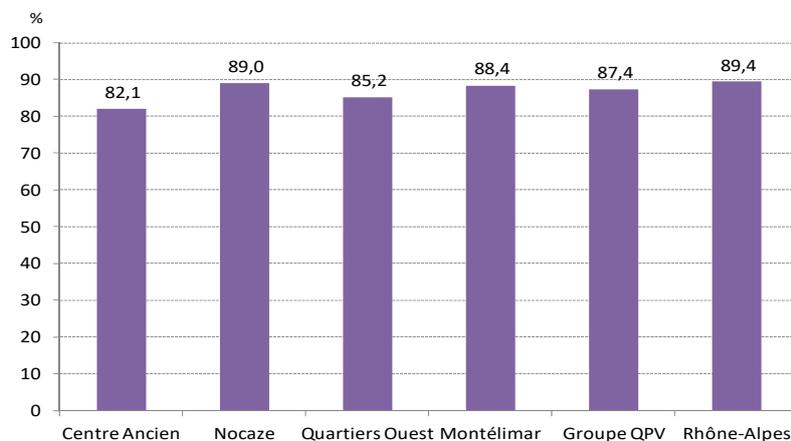
Taux standardisés d'affiliés bénéficiaires de la CMUc, pour 100 000 affiliés, en 2014



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

A l'exception du quartier de « Nocaze », les quartiers en politique de la ville ont un taux d'affiliés ayant déclaré un médecin traitant plus bas que le groupe QPV et que les autres territoires de comparaison.

Taux standardisés d'affiliés de 15 ans et plus ayant déclaré un médecin traitant (%), 2014



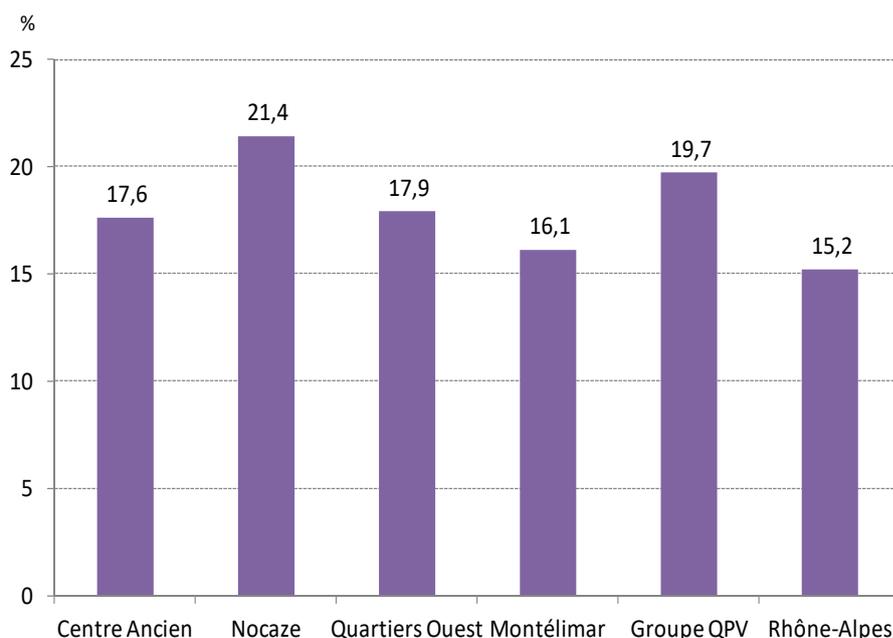
Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

2.ÉTAT DE SANTE DES HABITANTS DES QPV

Prévalence des ALD

D'une manière générale, le taux d'affiliés au régime général de l'assurance maladie ayant au moins une affection longue durée (ALD) est plus élevé dans les QPV que sur les autres territoires. Le taux d'affiliés ayant au moins une ALD s'élève à 20% dans le groupe QPV contre 15% en région Rhône-Alpes. A Montélimar, le taux s'élève à 16%. Ce taux varie de 17,6% dans le quartier « Centre Ancien » à 21,4% dans le quartier « Nocaze ».

Taux standardisé d'affiliés ayant au moins une ALD (en %), en 2014



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

Les bénéficiaires des programmes de prévention

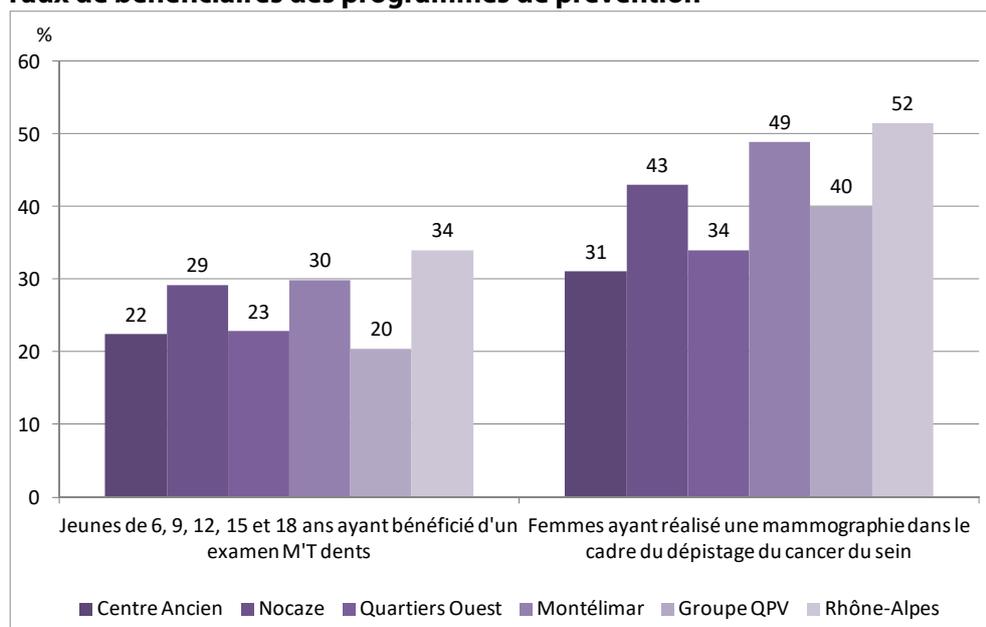
Les bénéficiaires des campagnes de prévention sont, en général, moins nombreux dans les quartiers en politique de la ville.

Sur la commune de Montélimar, ce constat se vérifie en partie. Les taux de bénéficiaires du programme M't'dents dans les QPV « centre ancien » et « Quartiers ouest » s'élèvent respectivement à 22% et 23% contre 34% en Rhône-Alpes et 30% sur la commune de Montélimar.

Les taux de bénéficiaires du dépistage organisé du cancer du sein sont également moins élevés, notamment sur les quartiers de Centre Ancien et Quartiers Ouest.

Le taux de bénéficiaires dans le quartier de Nocaze est, quant à lui, supérieur au taux enregistré sur le groupe QPV même s'il reste inférieur au taux départemental et au taux régional.

Taux de bénéficiaires des programmes de prévention



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

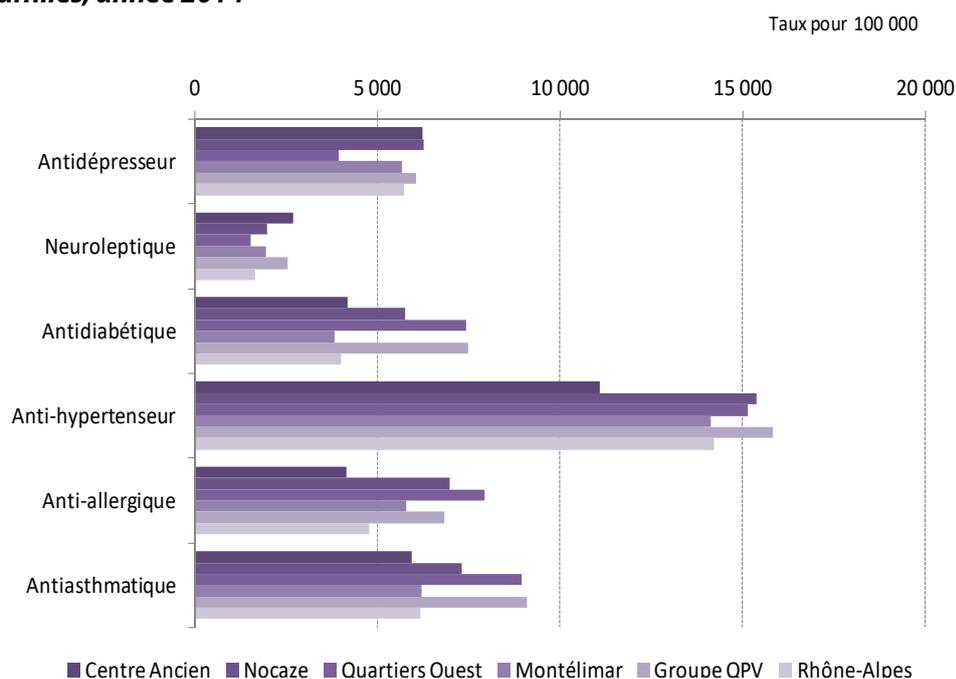
La consommation régulière de médicaments

Concernant la consommation régulière de médicaments, les taux de consommation d'antiasthmatiques et antiallergiques, comme nous l'avons vu, sont plus élevés sur la commune de Montélimar. Ils sont particulièrement élevés sur les quartiers Nocaze et Quartiers Ouest,

Les taux de consommation d'antidiabétiques sont également plus élevés sur les quartiers « Nocaze » et « Quartiers Ouest » que sur les autres territoires observés, au même titre que le taux moyen observé sur l'ensemble des QPV.

Enfin la consommation régulière de neuroleptiques est également plus élevée sur les quartiers « Centre Ancien » et « Nocaze », comme sur le groupe QPV.

Taux standardisés de consommation régulière de médicament, par type de médicament, pour 100 000 affiliés, année 2014



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, ARS, 2014, exploitation ORS

DONNEES D'ACTIVITES

1.MÉTHODOLOGIE

En complément de l'analyse quantitative présentée ci dessus, la ville de Montélimar et l'Agence Régionale de santé- Délégation territoriale de la Drôme, ont souhaité disposer de données d'activités de structures montiliennes travaillant auprès de populations jeunes et personnes âgées.

En partenariat avec le service Développement social urbain de la ville de Montélimar et l'Agence Régionale de la santé une liste de structures à solliciter a été établie.

Pour chacune de ces structures une demande a été préalablement faite par courriel par la ville de Montélimar. La demande portait sur la transmission d'un rapport ou données d'activités et tous autres documents d'études ou enquêtes produits par la structure. Des sollicitations complémentaires ont été adressées par l'Observatoire régional de la santé dans le cadre de relance ou de nouvelles prises de contact.

Les rapports recueillis ont été analysés sur la base d'une grille intégrant les éléments suivants: mission, spécificité du public accueilli, territoire couvert, activités santé et problèmes signalés. Certains rapports ont été transmis par mail, d'autres ont été directement téléchargés sur les sites internet des différentes structures.

L'analyse ne visait pas l'exhaustivité et avait pour objectif principal d'intégrer ces différents rapports et données d'activité en vue d'étayer l'analyse quantitative et mettre en avant des points de concordance avec cette dernière.

Les limites de cette méthodologie étaient la difficulté à recueillir tout les rapports, mais aussi la très grande hétérogénéité des informations transmises. Ces deux éléments nous ont amenés à compléter l'analyse par une prise de contact téléphonique avec les promoteurs de projets ou directeurs de structures afin de disposer de quelques données complémentaires.

Enfin, les problématiques traitées dans ce chapitre sont forcément orientées par l'activité de la structure sollicitée et présentent donc, de fait, un biais.

Liste des structures dont les rapports ont été analysés et dont les acteurs ont été interviewés par téléphone:

Structures	Rapport ou documents transmis	Personnes interrogées par téléphone
Populations jeunes		
Mission Locale de Montélimar	Oui	Mme Schyma- Conseillère et référente Santé
Centre de Planification et d'Education familiale	Non	Mme Gallo-Conseillère conjugale et familiale
Programme de Réussite Educative	Oui (annexe au contrat de ville)	Non contacté
Tempo	Oui	Mr Eric Pleignet- Directeur
Cité scolaire Alain Bornes	Oui- Enquête et actions comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (PPT)	Non contacté
Centre Médico Psychologique pour Enfants	Oui	Dr Jean Luc Noel- Responsable CMP
*Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	Non	Mme Dominique Cholvy- Infirmière
*Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	Oui	Mme Huin- Assistante sociale et responsable du dispositif
*Entraide Protestante	Oui	Mme Corinne Blanc- Infirmière
Populations âgées		
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Eovi	Non	Mme Nathalie Sartre- Infirmière responsable
Département direction personnes âgées-personnes handicapées	Non	Mr Tallaron- Direction Personnes Âgées- Personnes Handicapées-Département de la Drôme
Ville de Montélimar- Service de retraite active	Oui	Mr Argentière- Responsable du service de retraite active
Service gérontologique Hôpital de Montélimar	Oui (projet d'établissement)	Non
Professionnels libéraux: Infirmière, Pharmacien	Non	Pharmacien: Mr Peyrière Infirmière: Mme Quiral

*ces structures ne sont pas uniquement destinées aux jeunes et personnes âgées mais dans elles sont amenées à les rencontrer dans le cadre de leur mission

Dans un premier temps nous présenterons les éléments factuels liés aux rapports ou données d'activités recueillies. Puis dans une deuxième partie nous dresserons les constats et problèmes identifiés par ces structures que nous mettrons en lumière avec les éléments de l'analyse quantitative ainsi que certaines informations autres issues d'études nationales ou locales.

2. DONNÉES D'ACTIVITÉS

Comme mentionné dans la partie méthodologie, les données ont été repertoriées en plusieurs catégories: mission, spécificité du public accueilli, territoire couvert, activités santé et constats particuliers. Les problèmes et constats signalés sont développés plus bas dans la partie 1.2 « principaux constats issus des données d'activités ».

1/ Mission locale de Montélimar

La mission locale accueille des jeunes de 16 à 25 ans révolus sortis du système scolaire et les accompagne pour trouver un emploi, une formation professionnelle, un logement.....

2412 jeunes ont été accueillis en 2014 dont 1604 (66%) spécifiquement concernés par une action santé. Selon les professionnels interviewés les publics âgés de 18 à 21 ans sont particulièrement représentés.

La mission locale couvre la communauté de communes de Montélimar Agglomération et celle de Dieulefit. Il y a des permanences décentralisées dans les quartiers en politique de la ville de Pracomtal et Nocaze mais aussi à l'Abri, Dieulefit (avec une antenne permanente depuis 2012) ou encore Sauzet, Château Neuf sur Rhône, Marsanne, les Tourettes, Cléon d'Andran.

La mission locale a une référente santé qui organise des séances d'information et d'éducation à la santé notamment grâce à l'animation du Point Info Santé Jeunes (diffusion d'informations grâce aux réseaux sociaux et à leur site internet). La référente organise aussi des ateliers santé ou actions collectives sur les addictions, la vaccination, les IST...Un axe de travail est spécifiquement dédié aux questions d'accès aux soins et aux droits. Dans ce cadre, des partenariats avec la CPAM et le service social de la PASS permettent de favoriser des ouvertures de droits plus rapide.

En interne à la mission locale, la référente suit les dossiers sensibles sur le plan de la santé en partenariat avec les autres conseiller/es.

Depuis 2009, il existe au sein de la mission locale une consultation de psychologue mise en place avec le soutien de l'ARS et du CH le Valmont et largement utilisée par les usagers de la mission locale.

Une action de bilans de santé permet à une quarantaine de jeunes de se rendre dans un centre de santé à Avignon pour réaliser différents types de dépistage et bénéficier de conseils personnalisés en santé.

2/ Le Centre de Planification et d'Education Familiale de Montélimar

Les activités du centre sont la Contraception, l'Orthogénie (IVG) et l'Education à la sexualité ainsi que le conseil conjugal et familial.

Le CPEF est rattaché à l'hôpital de Montélimar. Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) assure des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité. Il assure également le

dépistage anonyme et gratuit des infections sexuellement transmissibles (IST) : VIH/SIDA - Syphilis - Chlamydiae - Hépatites...

Le CPEF a aussi pour mission la diffusion d'informations, d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et les collectivités concernées. Il est enfin compétent dans la préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, les entretiens de conseil conjugal et familial, les entretiens préalables et faisant suite à l'IVG.

Les conseillères conjugales et familiales, formées à l'écoute, proposent des entretiens en priorité pour les jeunes traversant des difficultés liées à leur vie relationnelle affective et sexuelle. Il en est de même pour les personnes confrontées à des violences conjugales ou familiales (victimes ou auteurs). Elles travaillent en lien avec différents organismes de la ville vers qui elles orientent ces personnes en fonction de leur besoin –Remaid, commissariat, CMP, Tempo, Entraide...

3/ Le Programme de Réussite Educative (PRE)

Le PRE a été mis en place en 2006. Le PRE souhaite apporter une réponse à chaque situation individuelle chez des jeunes signalés en décrochage scolaire. Il propose un suivi individualisé grâce à l'intervention d'un professionnel pour réaliser un soutien ciblé. Cette action se déroulant au domicile des familles, elle permet également d'accompagner les parents dans leurs rôles d'éducateurs.

A Montélimar, le dispositif a été mis en place au sein du collège Europa, dans le Quartier en Politique de la Ville (QPV) de Pracomtal. 30 jeunes bénéficient du PRE. Le rapport du PRE (en annexe au contrat de ville) mentionne pour l'année scolaire 2013/2014 une amélioration des résultats scolaires pour 81% en enseignement secondaire. Face à ces résultats et aux besoins dans les autres QPV, le dispositif sera étendu aux autres quartiers en politique de la ville de Montélimar: Nocaze et Centre Ouest.

4/ Tempo

L'antenne de Tempo à Montélimar est rattachée à l'association Oppélia dont les objectifs sont de développer l'éducation préventive et l'intervention précoce dans le domaine de l'addictologie.

Pour ce faire la stratégie d'intervention repose sur la réduction des risques qui s'appuie sur deux principes fondamentaux :

Un objectif pragmatique partant du constat que les comportements de consommation de substances psychoactives n'exposent pas tous aux mêmes risques, et qu'à chaque risque il est possible de trouver des moyens d'en diminuer la fréquence et la gravité. La réduction des risques s'appuie aussi sur la reconnaissance des usagers comme des sujets responsables et citoyens, capables de faire des choix et donc de se protéger et de protéger autrui. Il s'agit donc d'aider les usagers pour qu'ils réduisent les dommages que peut occasionner sur eux et sur autrui leur conduite addictive. Les actions et services de réduction des risques s'inscrivent dans une politique globale de santé et participent à la fois à la prévention et aux soins.

Des structures ont été définies spécifiquement pour le développement des actions de réduction des risques en allant à la rencontre des usagers de drogues, ce sont les Centres d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD). Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ont aussi une mission dans la réduction des risques auprès de la population qu'ils reçoivent mais dispensent aussi des soins adaptés. L'antenne de Tempo à Montélimar a donc un CAARUD et un CSAPA.

Ses principales missions et activités sont les suivantes :

- Accueillir sans conditions les usagers, là où ils sont et là où ils en sont,
- Entrer en contact avec les publics, en particulier les plus marginalisés, qui ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter leurs consommations,
- Informer les personnes sur les risques associés aux usages de substances psycho-actives et leur prévention par différents supports, par des conseils personnalisés, ou des interventions en groupe,
- Distribuer et promouvoir les matériels visant la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs...) et récupération du matériel d'injection usagé,
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins,
- Orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun,
- Soutenir l'action des groupes d'entraide, l'expertise et le soutien par les pairs,

Dans ce cadre, et en termes d'intervention précoce l'antenne de Montélimar a développé des partenariats avec certaines cités scolaires de l'agglomération et mis en place des consultations jeunes consommateurs en vue d'informer les jeunes et/ou leurs parents sur les risques associés à leurs consommations. Cette action est composée de séances d'Information, Education, Communication (IEC) à destination des professionnels éducatifs et des jeunes visant à transmettre des informations sur les différents types de consommation et leur risques, et communiquer sur les consultations jeunes consommateurs mises en place au sein même des cités scolaires.

D'un point de vue qualitatif, il semblerait que les consultations jeunes consommateurs contribuent effectivement à réduire les risques de consommations problématiques chez les jeunes des cités scolaires.

En 2015, 203 jeunes, 23 parents et 155 professeurs ont été touchés par l'action. La file active de Tempo a augmenté de 65% entre 2014 et 2015 (de 172 à 285 personnes suivies par la structure). Cette augmentation peut être expliquée par le bon fonctionnement des séances d'IEC et la mise en place des consultations jeunes consommateurs ayant entraîné un meilleur dépistage ou repérage des situations à risque. Force est de constater que les besoins sont existants, et qu'aujourd'hui de nombreuses demandes d'intervention ne peuvent être couvertes faute de moyens.

5/ La cité scolaire-Alain Bornes

En termes de santé l'école a une double mission d'éducation à la santé et de suivi de la santé des élèves. L'éducation à la santé est intégrée dans les programmes de l'école primaire.

Ainsi, chaque collège et lycée définit un programme d'éducation à la santé et à la citoyenneté : éducation nutritionnelle, éducation à la sexualité, prévention des conduites addictives. Le suivi de santé des élèves est assuré tout au long de la scolarité. Des bilans de santé sont organisés au sein des établissements.

L'éducation à la santé est définie, sous forme d'un programme d'actions, dans le projet d'école et le projet d'établissement. Dans les collèges et les lycées, le comité d'éducation à la santé et la citoyenneté la met en œuvre (CESC)⁴.

Piloté par le chef d'établissement, le CESC est une instance de réflexion, d'observation et de veille, dans laquelle les parents sont représentés. Les actions menées dans ce cadre sont prises en charge par les

⁴ Comité d'Education à la santé et à la citoyenneté <http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html>

personnels volontaires des établissements scolaires en lien, le cas échéant, avec les partenaires institutionnels ou des associations agréées.

A Montélimar, le CESC de la cité scolaire Alain Bornes met en place des séances d'éducation à la sexualité, en 6ème et 5ème avec l'association Enfance Majuscule⁵, en 4ème en binôme enseignant/infirmière, puis en 3ème en partenariat avec le CPEF. Les classes de 2nde et 1ère bénéficient d'une Péniche de l'égalité⁶ et actions connexes en classe. La semaine SIDACTION est aussi organisée au sein de l'établissement.

Sur la prévention SIDA, des actions de prévention sont menées en partenariat avec les élèves infirmières de l'IFSI. Des actions de prévention sont réalisées par les élèves du club citoyen au lycée en collaboration avec des collégiens.

Concernant les addictions: la cité scolaire bénéficie de séances d'informations sur les addictions et la prévention routière et comme mentionné ci dessus l'association Tempo contribue à ces séances et met aussi en place depuis 3 ans des consultations jeunes consommateurs.

Le CESC a mené une enquête spécifique sur les consommations de tabac, alcool et cannabis des jeunes de la cité scolaire. Les résultats sont intégrés à la partie "constats issus des données d'activités" développée ci dessous.

6/ Le Centre Médico Psychologique Enfants de la ville de Montélimar

Les données de prise en charge psychiatrique pour les populations adultes transmises par le CH de Montélimar ont été intégrées à l'analyse quantitative en première partie de ce rapport.

Les Centres Médico-psychologiques (CMP) sont des centres spécialisés dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies mentales, autour d'une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, psychologues, infirmières, ergothérapeutes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés. Le CMP est un établissement public, les soins qu'il dispense sont pris en charge dans leur intégralité par l'Assurance maladie. Un CMP fait partie d'un centre hospitalier et accueille un public d'adultes ou d'enfants, d'adolescents : il y a ainsi des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.

Le CMP enfants de Montélimar était, au moment de l'étude, rattaché au Centre Hospitalier de Montélimar. Une réorganisation du secteur psychiatrique est en cours. Le CMP enfants devrait être rattaché à un hôpital privé de Privas dans les prochains mois. Le CMP enfants prend en charge des enfants et jeunes de 1 à 17 ans. La structure a accueilli 485 personnes en 2014 et 441 en 2015, 235 et 211 sont domiciliées à Montélimar (CP 26200) soit 48 et 47% de la file active.

Le nombre de consultations est stable entre 2014 et 2015, respectivement 6657 et 6660, ce qui implique que le nombre de rendez-vous moyen par patient augmente entre ces deux années. Si on prend en compte cette même donnée pour les patients domiciliés à Montélimar on observe une augmentation du nombre de consultations entre 2014 et 2015 : 3172 à 3294, ce qui revient à constater que la moyenne de rendez-vous par patient est passée de 13,49 en 2014 à 15,61 en 2015.

La part des 12-17 ans concerne à peu près 40% de la file active en 2014 (n : 193) et 2015 (n : 180). Concernant les patients montiliens ils sont 33% en 2014 (n : 77) et 31% en 2015 (n : 65).

⁵ Association loi 1901 luttant contre la maltraitance infantile. Pour plus d'informations : www.enfance-majuscule.com

⁶ Dans le cadre de la quinzaine de l'égalité aux chances organisée par la région Rhône Alpes, il a été mis en place une Péniche ou l'association égalitéES a sensibilisé 950 lycéens et lycéennes à l'égalité Hommes Femmes pendant 10 jours.

Les professionnels interrogés mettent en avant une saturation du dispositif avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à 6 mois mais aussi une dégradation de moyens matériels et humains: manque de bureau, personnels, voire insalubrité des locaux. Par ailleurs, la réorganisation du secteur psychiatrique et le rattachement à une autre structure hospitalière à Privas semble générer de l'inquiétude au sein des équipes du CMP.

7/ La Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôpital de Montélimar (la PASS)

Les PASS ont été créées par la loi de lutte contre les exclusions en 1998. Elles sont destinées à recevoir les personnes en difficulté, en situation de précarité ou absence de couverture sociale. Les PASS permettent d'assurer une prise en charge médicale et sociale et d'accompagner les patients vers le droit commun ou des dispositifs adaptés.

La PASS de Montélimar, située près du service des urgences a suivi 736 situations dont 478 patients. Les données d'activités soulignent une très forte augmentation de la file active depuis 2013. De manière générale on observe une augmentation de l'activité de +74% depuis la création de la PASS en 2000. Cette augmentation peut être interprétée, comme pour l'activité de Tempo, comme un meilleur repérage et orientation des situations fragiles par les partenaires montiliens mais aussi comme l'existence de situations de précarité en augmentation depuis une décennie sur le territoire.

Il faut souligner que l'on ne connaît pas la patientèle venant exclusivement de Montélimar (données non présentes dans le rapport). 25% des orientations à la PASS sont faites par les urgences de l'Hôpital ce qui montre que le recours aux soins des personnes précaires est souvent pratiqué à la dernière minute, dans l'urgence. 47% des autres orientations sont pratiquées par l'Hôpital, finalement ce sont presque $\frac{3}{4}$ des situations qui sont référées en interne au CH de Montélimar ce qui démontre une bonne connaissance du dispositif au sein même de l'Hôpital, un des objectifs de la PASS étant aussi la formation en interne au Centre Hospitalier.

Concernant les jeunes, les données d'activités 2014 montrent que sur les 736 situations suivies, 81 avaient de 0 à 20 ans, dont 45 jeunes de 11 à 20 ans, soit 5,4% de la file active.

8/ L'Entraide Protestante/Le Teil (service du Diaconat Protestant de Valence)

L'Entraide Protestante/Le Teil a un centre de santé accueillant les publics les plus précaires et intervient au Teil grâce à l'intervention de deux médecins bénévoles et d'une infirmière salariée, intervenant aussi au CHRS Le Teil.

Cette action nommée "accueil santé" a pour objectif de favoriser l'insertion par la santé de publics en difficultés passagères, en situation de précarité, voire d'exclusion. Cette action a aussi pour but de favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité et à terme les orienter vers le droit commun.

La permanence santé est ouverte 4 fois par semaine. Des consultations médicales et infirmières y sont dispensées.

Le total des consultations est de 1146 en 2015 pour 335 personnes suivies, soit un ratio moyen de 3,42 consultations par patient. Comme pour la PASS nous ne savons pas quel est le ratio de patients montiliens au sein de cette structure. On peut quand même déduire que la plupart d'entre eux sont, a minima, de passage sur la commune pour un temps indéterminé. Les enfants de 0 à 15 ans représentent 18 personnes, ceux de 15 à 25 ans, 32, soit a minima 10% de population jeune (seuls sont comptabilisés dans ce ratio les jeunes de 15 à 25 ans, la part des 12-15 ans n'apparaissant pas à proprement parler dans le rapport).

9/ L'Equipe Mobile Psy Précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 définit les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

Sur Montélimar, une infirmière, dépendant du CH le Valmont à Valence assure cette mission. Les situations présentant des troubles psychiatriques lui sont signalées par diverses structures œuvrant dans le champ de la précarité: CHRS de l'Entraide Protestante, assistantes sociales des Centre Medico Sociaux, PASS, Centres d'accueils des demandeurs d'Asile ADOMA.....Une première évaluation est faite par l'infirmière, puis un travail de mise en lien est nécessaire pour faciliter l'accompagnement de ces personnes vers un soin adapté. L'infirmière a déclaré suivre approximativement 80 personnes à travers 300 accompagnements, évaluations ou prises de contacts par an. Les populations rencontrées sont majoritairement en errance, sans couverture sociale avec un besoin de soins important bien que pas toujours exprimé.

10/ Le Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées Eovi

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale, la prescription médicale pouvant émaner du médecin généraliste ou de l'hôpital.

Le SSIAD de Montélimar est géré par la structure Eovi⁷. Ce SSIAD dispose de 57 places : 55 pour personnes âgées et 2 pour personnes handicapées. La grande majorité des usagers de ce service ont entre 85 et 95 ans (n :41). L'intervention a lieu au domicile du patient ou en EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes). Le SSIAD participe à la filière gérontologique et opère grâce à la collaboration d'aides-soignantes (contrairement à d'autres où il y a des infirmières). Il développe des partenariats avec les cabinets d'infirmières pour les soins infirmiers techniques. La structure intervient assez peu dans les quartiers en politique de la ville où les habitants auraient assez peu recours à ce type de services. Considérant le type de pathologies des usagers du service, essentiellement des pathologies de type chroniques la durée de prise en charge est en moyenne de 520 jours et il y a peu de nouvelles places, le nombre de places n'ayant pas été augmenté depuis plusieurs années.

11/ Service de retraite active-Ville de Montélimar

Le Service de la Retraite Active et des Aînés, créé en 2010 par la Municipalité, s'adresse à tous les seniors de la Ville, autonomes, en perte d'autonomie ou dépendants. Il a pour mission de regrouper et diffuser toutes les informations concernant les différents services offerts aux seniors sur la ville de Montélimar.

C'est ainsi qu'il propose à tous des ateliers gratuits: Mémoire, gymnastique douce, art-thérapie, prévention routière, travaux manuels, des sorties à la journée ou à la demi-journée, des après-midis récréatifs avec l'organisation de spectacles, de thé dansant, etc...

Il assure la gestion du portage de repas, des colis ; repas et spectacle de Noël, des plans canicule et grand froid, de la gratuité des transports sur la ville pour les personnes de plus de 60 ans, de l'organisation de la Semaine Bleue.

⁷ <http://www.eovi-services-soins.fr>

En partenariat avec le CLIC du Bassin de Montélimar, il participe à l'organisation de conférences sur différentes thématiques telles que : la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, la Nutrition....

Le Service gère également la constitution et le suivi des dossiers de demande d'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie), des dossiers de demandes de prise en charge à l'Aide Sociale, des dossiers MDPH (prise en compte de la situation de handicap), des dossiers SASPA (complément de retraites).

Il dispose, pour les personnes en perte d'autonomie ou leurs proches, de la liste des structures d'aides à domicile et des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes.

Enfin, le service mène une action pour vaincre l'isolement en proposant à des bénévoles de consacrer quelques heures de leur temps à des personnes isolées.

Le service assure 4800 colis et 1300 repas par an.

12/ Le pôle Gériatrique de l'Hôpital de Montélimar

Le CH de Montélimar est reconnu comme un acteur actif dans la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, son projet d'établissement 2013-2018 mentionne le développement, en interne à l'hôpital, d'une filière gériatrique. Le CH dispose d'une équipe mobile de gériatrie, d'un court séjour de 30 lits, d'un service de soins de suite de 46 lits dont 10 lits d'unité cognitivo comportementale et 6 lits d'EVC (Etat Végétatif Chronique), d'une Unité de Soins de Longue Durée de 40 lits et de 114 lits d'EHPAD répartis sur 2 sites.

Ces différents services permettent une prise en charge du patient âgé poly-pathologique, dépendant ou à risque de dépendance.

Les objectifs de la filière gériatrique interne exposés dans le projet d'établissement sont les suivants :

- Améliorer l'articulation avec le service d'accueil des urgences
- Poursuivre et développer les relations avec les médecins de ville
- Développer les coopérations avec les différents pôles et diffuser une culture gériatrique
- Compléter tous les maillons de l'offre de soin concernant les malades d'Alzheimer,
- Communiquer autour de la filière gériatrique et gérontologique pour gagner ainsi en lisibilité

Les données d'activités présentées dans le projet d'établissement montrent pour l'ensemble des services gériatriques une augmentation de l'activité entre 2009 et 2012 : + 45,6% pour les consultations externes, + 23,6 % d'entrées sur le court séjour gériatrique....

Le CH de Montélimar co anime la filière gérontologique, avec la MAIA (Mission pour l'Autonomie et l'intégration des services d'aide pour personnes âgées). Un plan d'action a été défini et se trouve en annexe du projet d'établissement, les 4 thématiques principales sont les suivantes :

1. Optimiser la coordination (objectif : organiser le parcours de la personne âgée)
2. Améliorer la communication (objectif : rendre accessible les informations)
3. Repérer les situations de fragilité (objectif : prévenir les situations complexes)
4. Améliorer les flux d'entrée et de sortie d'hospitalisation (objectif : fluidifier le parcours de la personne âgée)

13/ Le Département- Direction des personnes âgées et personnes handicapées

La loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 désigne le département comme « chef de file » en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires. Concernant les personnes âgées, le département est responsable de la création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile (allocation personnalisées d'autonomie)⁸.

Dans ce cadre, le département de la Drôme encadre actuellement 3 MAIA (Méthodologie d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) dont une couvrant le bassin montilien. Les MAIA ont été mises en place en 2009 à titre expérimental et étendues depuis 2012 sur le reste du territoire français. Les objectifs de la MAIA sont les suivants :

- La concertation, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- Le guichet intégré. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- La gestion de cas. Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés⁹.

Le département gère aussi les CLICS (Centre locaux d'information et de communication) au nombre de 7 sur le département qui mettent en place des séances de prévention et d'information à destination des personnes âgées et leurs aidants : prévention des chutes, lutte contre l'isolement.....Ce, en lien avec les acteurs engagés auprès des personnes âgées.

Du fait de la récente loi sur l'Autonomie et le vieillissement¹⁰ les services sont en cours de réorganisation. La loi crée la conférence des financeurs regroupant plusieurs acteurs engagés autour des personnes âgées (ARS, Département, Caisses de retraite, Mutuelles, MSA...) et vise à améliorer la coordination et cohérence des politiques auprès des personnes âgées. Une des applications de cette loi est la mise en place des Maisons de l'Autonomie en vue de créer un guichet unique concernant l'accueil et l'orientation pour les personnes âgées en perte d'autonomie et handicapées. La mise en place de ces MDA sera laissée à l'appréciation des départements en fonction des spécificités territoriales.

⁸ Pour plus d'informations : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/competences-collectivites-territoriales/quelles-sont-competences-exercees-par-departements.html>

⁹ Pour plus d'informations : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

¹⁰ Pour plus d'informations : <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

3. PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DES DONNEES D'ACTIVITES (DONNEES BRUTES, RAPPORTS ET ENTRETIENS COMPLEMENTAIRES)

3.1 Chez les populations jeunes

Rappelons ici que les adolescents et jeunes sont, globalement, la tranche d'âge qui bénéficie du meilleur état de santé : sortis des maladies infantiles, ayant un système immunitaire renforcé, ils ne souffrent pas encore des éventuelles pathologies liées aux expositions professionnelles, ou des pathologies liées au vieillissement.

Il n'en demeure pas moins que les jeunes, et notamment ceux qui sont en situation de fragilité socio-économique, ceux qui ont des rapports conflictuels ou faibles avec leurs parents, présentent souvent un moins bon état de santé.

- ***Une situation de mal être chez les jeunes***

Parmi les problèmes de santé fréquemment rencontrés chez les jeunes, le mal-être est sans doute la problématique de santé la plus transversale, qui peut concerner tous les jeunes, quelle que soit leur situation, mais qui est sans doute accentué lorsque les ressources familiales de « portage affectif » et d'aide sont faibles.

Comme le soulignent les résultats d'enquête du Baromètre Santé 2010, ce sont les jeunes qui présentent les moins bons scores de santé mentale, comparativement aux autres tranches d'âge.

Les tentatives de suicide témoignent notamment de ce mal-être. En 2010¹¹, près d'un jeune Français de 15-30 ans sur cent déclare avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois (0,5% des hommes contre 1,3% des femmes), et cinq jeunes sur cent une tentative de suicide au cours de la vie (2,7% des hommes et 7,3% des femmes). Parmi les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les jeunes, figurent notamment les violences subies (sexuelles et autres), un jeune âge (entre 15 et 19 ans) et un bas niveau de revenu.

Cette problématique semble tout aussi présente à Montélimar où les différents professionnels interrogés ont mentionné un mal être important chez les jeunes ce qui semble confirmé par les données de l'analyse quantitative précédemment exposée : des taux d'hospitalisation pour affections psychiatriques plus importants que la moyenne régionale, des tentatives de suicide dans la moyenne départementale mais supérieures au niveau régional (les effectifs restant toutefois faibles) et une prise en charge plus importante en établissement psychiatrique ambulatoire.

Cette problématique est d'autant plus importante que les professionnels constatent des carences au niveau de l'offre de soins de santé mentale. Depuis la fermeture du Point Ecoute Jeunes (PAEJ) il y a quelques années, les différents dispositifs semblent saturés. La mission locale a une journée de consultations psychologiques par semaine qui est très utilisée et ne permet pas de prendre en compte toutes les demandes. Les données d'activités du CMP enfants (allant jusqu'à 17 ans) affichent des délais d'attente de 6 à 12 mois pour une prise de rendez-vous. Enfin, ces données sont à croiser avec le nombre de psychiatres libéraux largement inférieur, en densité, aux moyennes départementale et régionale. En

¹¹ BECK F., RICHARD J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013

effet, ces professionnels sont passés de 6 à 3 dans la dernière décennie et sont en fin de carrière, ce qui risque d'aggraver la situation dans quelques années.

- **Des problématiques d'addictions**

Montélimar ne constituant pas un isolat, les jeunes y sont aussi concernés, pour certains d'entre eux, par des consommations problématiques de substances psychoactives, comme sur le reste de la France. Le cannabis mais aussi l'alcool et le tabac sont les principaux produits repérés.

Les études nationales montrent que la consommation de certaines de ces drogues repart à la hausse, sans compter la progression globale de la consommation de drogues de synthèse. Les enquêtes nationales menées par l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), et notamment l'enquête ESCAPAD (menée auprès des jeunes, par questionnaire, lors des Journées d'Appel pour la Défense) montrent des niveaux de consommation (déclarée) un peu plus élevés sur la Drôme que sur la région. Enfin les hospitalisations pour des pathologies en lien avec des consommations d'alcool (qui concernent toutes les tranches d'âge) sont plus élevées chez les hommes du territoire que sur le département et la région. Les acteurs de terrain observent d'ailleurs une évolution inquiétante de la consommation d'alcool et cannabis en soirée chez les jeunes filles et garçons dès l'âge de 12 et 13 ans. Cette tendance semble être observée aussi en France puisque les derniers résultats du Baromètre santé mettent en exergue des consommations d'alcool de plus en plus importantes chez les jeunes, et un type de consommation, non pas régulière comme chez les personnes plus âgées, mais ponctuellement excessive, le terme d'Alcoolisation Ponctuelle Importante ou « binge drinking » étant utilisé pour les qualifier.

Les données d'activités de TEMPO mettent en lumière une augmentation de la distribution de feuilles d'aluminium propre à l'inhalation d'héroïne et, par voie de conséquence, une diminution du nombre d'injecteurs mais, par contre, une augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne. Phénomène plus alarmant : on constate une propension chez le public jeune à consommer régulièrement des sirops codéinés qu'ils cherchent à se procurer dans les officines.

Selon les acteurs de ces structures, Montélimar se trouvant sur un lieu de passage important, de nombreux produits y seraient plus facilement disponibles. Les données d'activités vont dans le même sens puisqu'on note une augmentation notable de la file active des consultations jeunes consommateurs dans les lycées mises en place par Tempo (de 172 à 285 personnes entre 2014 et 2015). Ces consultations à destination des jeunes et/ou leurs parents permettent de transmettre des informations éclairées sur le type de consommations et ses risques, ce grâce à une approche de promotion de la santé visant à réduire les risques. Les lycées partenaires de Tempo semblent d'ailleurs noter des évolutions positives chez les jeunes suivis en consultations. Il faut souligner une demande des cités scolaires pour ce type d'intervention, ne pouvant être satisfaite faute de moyens humains de la part de ces structures.

Le Comité d'Education à la Santé et Citoyenneté de la Cité scolaire Alain Bornes a d'ailleurs mené une enquête auprès de ses collégiens et lycéens sur la consommation de substances psychoactives, essentiellement tabac-alcool-et cannabis. Les résultats semblent témoigner d'une situation globalement similaire bien qu'en dessous de la moyenne nationale pour certaines questions. Cette enquête propose quelques pistes d'actions sur la mise en place de groupes de travail impliquant les jeunes sur des projets collectifs d'expression visant à rendre efficaces les messages de prévention auprès des jeunes et créer une dynamique locale.

Enfin, depuis la fin de l'année 2015, TEMPO Oppelia, en concertation avec le Centre Hospitalier de Montélimar, et plus particulièrement le service addictologie, travaille à l'extension du service d'hospitalisation en addictologie de façon à pouvoir intégrer 4 lits dédiés à des adolescents de manière à différencier les modalités de prise en charge entre ce qui relève de la psychiatrie, de la pédiatrie et des conduites addictives pour ce public mineur.

Ce travail découle du constat fait tout au long de l'année 2015 sur le manque d'alternative pour l'hospitalisation des jeunes présentant des conduites addictives et des conduites à risque.

- **Santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes**

Le projet d'établissement du CH de Montélimar mentionne des taux d'IVG importants sur le territoire. Ces données sont corroborées par l'analyse quantitative en première partie de ce document mettant aussi en avant des taux d'hospitalisation pour IVG plus importants que sur le reste du département et la région. La moitié de ces IVG (IVG réalisées à l'hôpital) concerne des jeunes de 15 à 25 ans (n : 67/135).

Les professionnels du CPEF font état d'un manque de médecins de ville conventionnés à la pratique d'IVG sur le territoire montilien. En effet depuis la loi de novembre 2004, l'IVG médicamenteuse à domicile peut être pratiquée par un médecin de ville agréé¹². Le bassin montilien ne compte que 2 médecins conventionnés qui ne sont pas basés à Montélimar ce qui complexifie l'accès à l'IVG médicamenteuse à domicile. La récente loi de modernisation du système de santé autorisera les sages femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse¹³. Considérant que 57% des IVG se réalisent par voie médicamenteuse cela pourra contribuer à en faciliter l'accès.

Le CPEF fait aussi état d'épiphénomènes de grossesses très précoces (13-14 ans) ainsi que d'IVG tardives. Plusieurs auteurs se sont intéressés spécifiquement aux grossesses chez les mineures¹⁴. La précarité socio-économique figure toujours parmi les facteurs de risque de ces grossesses, même s'il n'est pas le seul. La survenue d'une grossesse chez une adolescente est parfois présentée comme une possible stratégie d'adaptation, « *projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté* ». Une autre hypothèse peut être faite concernant ces grossesses, c'est la difficulté d'accès aux soins liée au manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception.

Une autre tendance observée par certains professionnels du CPEF est une utilisation néfaste de moyens de communication : des jeunes filles se filmant dans un cadre privé ou se faisant filmer à leur insu et dont la production est mise en ligne sur le web via facebook. Les professionnels rappellent donc l'importance des séances scolaires d'éducation à la sexualité où sont traitées la vie relationnelle affective et sexuelle mais aussi la question du respect, de l'altérité, de la loi. La loi concernant l'information et l'éducation à la sexualité prévoit dans ce cadre 3 séances d'information par tranche d'âge allant du primaire à la terminale. Il semblerait malheureusement que ces séances ne soient pas toujours réalisées du fait de difficultés à les mettre en place dans certains établissements. Pourtant, quand elles sont réalisées, ces séances ont un impact direct sur la file active du CPEF. Le CPEF organise en partenariat avec certaines cités scolaires ou autres institutions, des séances d'éducation à la sexualité au sein du CPEF. L'objectif est de faire connaître le lieu, le démystifier afin d'en faciliter son accès au moment voulu. Cela entraîne une augmentation de fréquentation du CPEF.

- **Accès aux droits et accès aux soins des populations jeunes suivies par les structures montiliennes**

¹² Ces médecins ont signé une convention avec le CH de Montélimar et sont autorisés à prendre en charge les femmes en demande d'IVG si la datation de grossesse est inférieure ou égale à 7 semaines d'aménorrhées lors de la 2ème consultation soit le jour de la 1ère prise de médicaments. Ces médecins ont une formation spécifique et sont venus en stage au CPEF. Il y a une proposition de RV avec l'un de ces médecins si la femme peut bénéficier de la méthode médicamenteuse à domicile et que le CPEF n'a pas de disponibilité de consultations médicales lors de sa demande.

¹³ Parution le 02 juin 2016 du décret d'application autorisant les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuse

¹⁴ ERREWAERTS J., NOIRHOMME-RENARD F. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? UCL-RESO, série de dossiers techniques, juin 2006

Plusieurs des professionnels ont insisté sur le fait qu'on observe à Montélimar une hausse des demandes d'aides sociales, de bons alimentaires, qui concernent notamment les jeunes en situation de précarité socio-économique. En témoigne l'augmentation des files actives de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), dispositif spécifique à destination des personnes en situation de précarité ou encore le centre de soins de l'Entraide Protestante/Le Teil (respectivement +72% depuis 2000 pour la PASS et +31% pour le centre de soins de l'Entraide Protestante depuis 2 ans).

Par ailleurs, les professionnels de la mission locale mentionnent que de nombreux jeunes en insertion professionnelle n'ont pas de droits ouverts à la sécurité sociale alors qu'ils pourraient bénéficier de la CMU voire de la CMUC entravant de fait un bon accès aux soins. La problématique est particulièrement importante sur la question des soins dentaires qui requiert la plupart du temps une mutuelle que les jeunes n'ont pas. On observe donc des problèmes dentaires importants chez ces jeunes, données corroborées par l'analyse quantitative mettant en avant des hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif (majoritairement composées de problèmes dentaires) largement au-dessus des moyennes départementales et régionales, mais aussi des taux de participation à la prévention dentaire M't dents inférieurs aux moyennes départementale et régionale. D'où l'importance des actions menées par la mission locale d'accompagnement vers le droit et le soin en partenariat avec le centre de santé d'Avignon, actions qui permettent à une quarantaine de jeunes par an de bénéficier d'un bilan complet de santé gratuit mais aussi de petits déjeuners santé et autres actions d'information et d'éducation auprès de 1600 jeunes environ en 2014.

3.2 Chez les personnes âgées

Au 1^{er} Janvier 2012, la Drôme comptait 93 436 personnes âgées de plus de 65 ans, soit 19% de la population départementale, proportion supérieure à celle de la région (16,7%) et celle de la France (17,5%)¹⁵. Depuis quelques années, on note une très forte augmentation des effectifs de personnes âgées de 85 ans et plus. D'après les projections Omphale de l'Insee la croissance de la population âgée va se poursuivre et le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait augmenter de 77,3% dans la Drôme passant à 165 650 personnes en 2040¹⁶. Or, il est établi que la présence de personnes âgées implique des besoins de santé et de soins bien particuliers, ce, dans un contexte institutionnel de développement du maintien à domicile.

Isolement et mal être des personnes âgées

L'isolement social des personnes âgées est un problème de plus en plus présent dans de nombreuses agglomérations françaises. Par exemple, en Drôme une personne âgée sur trois vit seule en 2012. Les intervenants à domicile sont parfois les seuls interlocuteurs de ces personnes. Même en ce qui concerne les personnes âgées non dépendantes, les professionnels ont le sentiment que de plus en plus de personnes âgées sont confrontées à un isolement subi et qu'elles glissent de ce fait peu à peu dans la dépressivité et la négligence d'elles-mêmes. Certaines perdent ainsi le goût de s'alimenter car les moments de repas partagés sont inexistantes. Les enfants de ces personnes travaillent la plupart du temps et ne vivent pas toujours à proximité : ils viennent voir leur parent le plus souvent le week-end, mais sont peu présents au quotidien. Face à ce problème majeur qui touche de plus en plus de personnes âgées, les professionnels convergent sur l'idée de développer encore tout ce qui peut favoriser le lien social, et notamment la sociabilité intergénérationnelle : « *Le bien être n'est pas que le soin et le ménage, c'est aussi les activités ludiques, le projet de vie...* ».

¹⁵ Tableau de Bord Drôme Ardèche 2016- Les personnes âgées

¹⁶ idem

C'est dans ce cadre que la ville de Montélimar mène une politique active auprès des aînés et seniors, en témoigne la création du service de retraite active, spécifiquement dédié au bien être des seniors et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Dès 60 ans les Montiliens bénéficient des transports en commun gratuits, d'ateliers de mémoire, gymnastique douce, art-thérapie, sorties à la journée ou demi journées.....

Les professionnels mentionnent un enjeu fort autour des questions de repérage des situations d'isolement "A la campagne, quand quelqu'un n'ouvre pas ses volets, les voisins ou la municipalité sont facilement alertés, en ville c'est plus compliqué....". C'est pourquoi le service de retraite active a mis en place un partenariat informel avec quelques médecins et infirmières qui repèrent des situations d'isolement et alertent ce service. Ce service met alors en place une action visant à lutter contre l'isolement: des bénévoles proposent aux personnes repérées de la compagnie (promenade, lecture, discussion....). Parfois il existe des situations où il y a des besoins importants mais pas de demande de la personne âgée. Or les situations d'isolement sont connues pour converger vers la perte d'autonomie voire un état dépressif. L'analyse quantitative nous montre d'ailleurs une prise en charge psychiatrique et psychologique chez les personnes âgées deux fois plus importante qu'en Rhône-Alpes et dans la Drôme et des séjours pour tentative de suicide chez les plus de 65 ans proportionnellement plus élevés que dans le département de la Drôme et la région Rhône Alpes. Si la première donne peut être liée à l'existence d'un CMP géronto-psychiatrique et la seconde doit être nuancée du fait des faibles effectifs (10 séjours pour TS par an) cela ne doit pas occulter l'existence de besoins, d'où l'importance du repérage et accompagnement des situations d'isolement chez la personne âgée.

L'Enjeu du maintien à domicile

Certaines difficultés ont aussi été signalées concernant le maintien à domicile. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale. Le nombre de places du SSIAD géré par Eovi sur Montélimar est de 57 places (2 places pour personnes handicapées et 55 places pour personnes âgées). Les places étant toutes pourvues il y aurait des demandes non couvertes. En effet, la majorité des pathologies étant considérées comme chroniques les durées de prise en charge sont longues (520 jours en moyenne) et le nombre de places disponibles n'a pas augmenté depuis quelques années, ce, dans un contexte institutionnel de développement des pratiques ambulatoires, ce qui pose des questions en termes de prise en charge pour ces populations.

Chez les populations âgées en situation de grande précarité (SDF majoritairement) les professionnels notent un manque de dispositifs adaptés pour les sorties d'hôpitaux, surtout dans un contexte de convalescence. Ces personnes ayant rarement un « chez soi » les soins à domicile sont forcément un enjeu majeur. Dans certaines agglomérations, certains dispositifs de type « Lits Halte Soins Santé¹⁷ » permettent une transition et les conditions de convalescence requises avant un retour en CHRS, squats ou à la rue. Il existe actuellement 2 places de LHSS au sein du CHRS de l'Entraide Montélimar, mais les besoins de convalescence pour ces personnes semblent bien plus importants.

Difficultés notées dans les quartiers en politique de la ville

Les entretiens avec certains professionnels de santé (infirmière, pharmacien....) montrent que les situations d'isolement social semblent moins marquées dans les quartiers en politique de la ville. La plupart du temps les personnes vivent avec leurs familles, sont proches de leurs amis et il existe encore un réseau d'entraide important.

L'analyse quantitative met en avant des taux de consommation de traitements antidiabétiques largement au-dessus des moyennes montiliennes et régionales. Cette situation est la même dans la majorité des QPV de la région Rhône-Alpes et doit être considérée comme un enjeu important. Le service

¹⁷ <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-halte-soins-sante-LHSS-et.html>

de retraite active de Montélimar nous a d'ailleurs signalé être en discussion avec le centre social d'un des QPV pour l'animation d'ateliers culinaires dans ces quartiers.

De plus, il faut noter que le taux d'hospitalisation des populations montiliennes de 65 ans et plus est supérieur aux moyennes départementale et régionale alors que le taux de recours aux médecins libéraux leur est inférieur. Enfin, certains professionnels libéraux interrogés mentionnent la quasi disparition des médecins généralistes dans les QPV, particulièrement dans les quartiers Ouest, puisque l'unique médecin a 57 ans. Ces données nous obligent à nous interroger quant à un retard potentiel d'accès aux soins de premier niveau, peut-être lié à un manque d'offre, en tout cas dans les QPV concernés, pouvant entraîner des taux d'hospitalisation plus importants.

SYNTHESE

1.SYNTHESE POPULATION GENERALE (SUR LA BASE DES DONNEES STATISTIQUES DISPONIBLES)

Offre et recours aux soins :

A l'exception des psychiatres, la densité des praticiens est assez élevée sur la commune de Montélimar par rapport aux densités calculées dans la Drôme et en Rhône-Alpes. Toutefois la grande majorité de ces praticiens ont plus de 55 ans (exceptés dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et orthophonistes) et partiront bientôt à la retraite ce qui pose la question d'un futur assez proche. Ces densités sont calculées par rapport à la population de la commune de Montélimar. Or ces praticiens sont aussi consultés par des habitants des communes limitrophes.

Globalement le recours aux praticiens libéraux est moins élevé sur la commune de Montélimar qu'en Rhône-Alpes ou que sur le département de la Drôme. Ce recours moins élevé est à mettre en parallèle avec un taux de séjours hospitaliers (hors urgences) plus élevé que sur le reste du département et de la région Rhône-Alpes.

Etat de santé en population générale :

Malgré des taux de nouvelles admissions en ALD proches sur les différents territoires observés et des taux d'hospitalisation pour **tumeurs** proches des territoires de comparaison, les taux d'hospitalisation pour **cancer du sein, cancer colon-rectum, cancer de la prostate** sont plus élevés sur la commune de Montélimar. Par ailleurs, les taux de bénéficiaires du **dépistage organisé du cancer du sein** sont moins élevés sur la commune, essentiellement sur les QPV Centre Ancien et Quartiers Ouest, exception faite du quartier de Nocaze qui présente des taux au dessus des moyennes QPV et régionales.

Les **maladies respiratoires** constituent une autre problématique de santé sur la commune de Montélimar. Les taux d'admission en ALD chez les femmes et les taux de patients hospitalisés sont plus élevés que sur les territoires de référence. Enfin les taux de consommation régulière d'antiallergiques et d'antiasthmatiques sont plus élevés et particulièrement dans les QPV Quartier Ouest et Nocaze .

La question de la santé mentale est importante sur le territoire également et ce quelles que soient les tranches d'âge. Les taux d'admission en ALD, les séjours hospitaliers pour tentatives de suicide, le suivi en psychiatrie publique ambulatoire et les séjours hospitaliers à temps plein et temps partiel en services psychiatriques sont plus élevés sur la commune. De même le taux de consommation régulière de neuroleptiques est plus élevé notamment dans le QPV « Centre ancien ».

Enfin, notons que le **diabète** est une problématique de santé qui ressort essentiellement dans les QPV « Quartier Ouest » et « Nocaze ».

2.SYNTHESE – SANTE DES JEUNES (SUR LA BASE DES DONNEES STATISTIQUES ET D'ACTIVITES)

1/ Mal être des jeunes et Souffrance psychologique :

Les différents professionnels interrogés ont mentionné un mal être important chez les jeunes ce qui semble confirmé par les données de l'analyse quantitative : des taux d'hospitalisation pour affections psychiatriques plus importants que la moyenne régionale, des tentatives de suicide dans la moyenne

départementale mais supérieures au niveau régional (les effectifs restant toutefois faibles) et une prise en charge plus importante en établissement psychiatrique ambulatoire.

Cette problématique est d'autant plus importante que les professionnels constatent des carences au niveau de l'offre de soins de santé mentale. Depuis la fermeture du Point Ecoute Jeunes (PAEJ) il y a quelques années, les différents dispositifs semblent saturés. La mission locale a une journée de consultations psychologiques par semaine qui est très utilisée et ne permet pas de prendre en compte toutes les demandes. Les données d'activités du CMP enfants (allant jusqu'à 17 ans) affichent des délais d'attente de 6 à 12 mois pour une prise de rendez-vous. Enfin, ces données sont à croiser avec le nombre de psychiatres libéraux largement inférieur, en densité, aux moyennes départementale et régionale. En effet, ces professionnels sont passés de 6 à 3 dans la dernière décennie et sont en fin de carrière, ce qui risque d'aggraver la situation dans quelques années.

2/ Des problématiques d'addictions :

Les enquêtes nationales menées par l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), et notamment l'enquête ESCAPAD (menée auprès des jeunes, par questionnaire, lors des Journées d'Appel pour la Défense) montrent des niveaux de consommation (déclarés) un peu plus élevés sur la Drôme que sur la région. Enfin les hospitalisations pour des pathologies en lien avec des consommations d'alcool (qui concernent toutes les tranches d'âge) sont plus élevées chez les hommes du territoire que sur le département et la région. Les acteurs de terrain observent d'ailleurs une évolution inquiétante de la consommation d'alcool et cannabis en soirée chez les jeunes filles et garçons dès l'âge de 12 et 13 ans.

Les données d'activités de TEMPO mettent en lumière une augmentation de la distribution de feuilles d'aluminium propre à l'inhalation de drogues dites "dures". Selon les acteurs de ces structures, Montélimar se trouvant sur un lieu de passage important, de nombreux produits y seraient plus facilement disponibles. Les données d'activités vont dans le même sens puisqu'on note une augmentation notable de la file active des consultations jeunes consommateurs dans les lycées mises en place par Tempo (de 172 à 285 personnes entre 2014 et 2015) qui peut s'expliquer en partie par l'efficacité des séances d'informations et d'orientation mais qui montre l'existence de besoins réels. Il faut souligner une demande des cités scolaires pour ce type d'intervention, ne pouvant être satisfaite faute de moyens humains de la part de ces structures.

Le Comité d'Education à la Santé et Citoyenneté de la Cité scolaire Alain Bornes a d'ailleurs mené une enquête auprès de ses collégiens et lycéens sur la consommation de substances psychoactives, essentiellement tabac-alcool-et cannabis. Les résultats semblent témoigner d'une situation globalement similaire bien qu'en dessous de la moyenne nationale pour certaines questions. Cette enquête propose quelques pistes d'actions sur la mise en place de groupes de travail impliquant les jeunes sur des projets collectifs d'expression visant à rendre efficaces les messages de prévention auprès des jeunes et créer une dynamique locale.

3/ Sexualité/Contraception :

Le projet d'établissement du CH de Montélimar mentionne des taux d'IVG importants sur le territoire. Ces données sont corroborées par l'analyse quantitative mettant aussi en avant des taux d'hospitalisation pour IVG plus importants que sur le reste du département et la région. La moitié de ces IVG (IVG réalisées à l'hôpital) concerne des jeunes de 15 à 25 ans (n : 67/135).

Les professionnels du CPEF font état d'un manque de médecins prescripteurs d'IVG sur le territoire montilien. En effet depuis la loi de novembre 2004, l'IVG médicamenteuse peut être pratiquée par un

médecin prescripteur agréé¹⁸. Le bassin montilien ne compte que 2 médecins prescripteurs qui ne sont pas basés à Montélimar ce qui complexifie l'accès à l'IVG médicamenteuse. La récente loi de modernisation du système de santé autorisera les sages femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse. Considérant que 57% des IVG se réalisent par voie médicamenteuse cela pourra contribuer à en faciliter l'accès.

Le CPEF fait aussi état d'épiphénomènes de grossesses très précoces (13-14 ans) ainsi que d'IVG tardives et de problématiques liées à une utilisation néfaste des média sociaux par les jeunes. Face à ce problème, il faut rappeler l'importance des séances scolaires d'éducation à la sexualité qui ne sont pas toujours mises en place dans certains établissements et qui, quand elles sont réalisées, montrent des résultats positifs.

4/ Accès aux droits et aux soins des populations jeunes :

Plusieurs des professionnels ont insisté sur le fait qu'on observe à Montélimar une hausse des demandes d'aides sociales, de bons alimentaires, qui concernent notamment les jeunes en situation de précarité socio-économique. En témoigne l'augmentation des files actives de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), dispositif spécifique à destination des personnes en situation de précarité, ou encore le centre de soins de l'Entraide Protestante (respectivement +72% depuis 2000 pour la PASS et +31% pour le centre de soins de l'Entraide Protestante depuis 2 ans).

Par ailleurs, les professionnels de la mission locale mentionnent que de nombreux jeunes en insertion professionnelle n'ont pas de droits ouverts à la sécurité sociale alors qu'ils pourraient bénéficier de la CMU voire de la CMUC entravant de fait un bon accès aux soins. La problématique est particulièrement importante sur la question des soins dentaires qui requiert la plupart du temps une mutuelle que les jeunes n'ont pas. On observe donc des problèmes dentaires importants chez ces jeunes, données corroborées par l'analyse quantitative mettant en avant des hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif (majoritairement composées de problèmes dentaires) largement au-dessus des moyennes départementales et régionales, mais aussi des taux de participation à la prévention dentaire M't dents inférieurs aux moyennes départementale et régionale.

3.SYNTHESE – SANTE DES PERSONNES AGEES (SUR LA BASE DES DONNEES STATISTIQUES ET D'ACTIVITES)

Le taux d'hospitalisation des 65 ans et plus est supérieur aux moyennes départementale et régionale alors que le taux de recours aux médecins libéraux leur est inférieur. Certains professionnels libéraux interrogés mentionnent la quasi disparition des médecins généralistes dans les QPV, particulièrement dans les quartiers Ouest, puisque l'unique médecin a 57 ans. Ces données nous obligent à nous interroger quant à un retard potentiel d'accès aux soins de premier niveau, peut-être lié à un manque d'offre, entraînant des taux d'hospitalisation plus importants.

Concernant les données d'hospitalisation chez les Montiliens de plus de 65 ans, les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires sont plus importantes que dans le département ou la région.

¹⁸ Ces médecins ont signé une convention avec le CH de Montélimar et sont autorisés à prendre en charge les femmes en demande d'IVG si la datation de grossesse est inférieure ou égale à 7 semaines d'aménorrhées lors de la 2ème consultation soit le jour de la 1ère prise de médicaments. Ces médecins ont une formation spécifique et sont venus en stage au CPEF. Il y a une proposition de RV avec l'un de ces médecins si la femme peut bénéficier de la méthode médicamenteuse à domicile et que le CPEF n'a pas de disponibilité de consultations médicales lors de sa demande.

La question de la santé mentale et du repérage des situations d'isolement :

Même en ce qui concerne les personnes âgées non dépendantes, les professionnels ont le sentiment que de plus en plus de personnes âgées sont confrontées à un isolement subi et qu'elles glissent de ce fait peu à peu dans la dépressivité et la négligence d'elles-mêmes. Or les situations d'isolement sont connues pour converger vers la perte d'autonomie voire un état dépressif. L'analyse quantitative nous montre d'ailleurs une prise en charge psychiatrique et psychologique chez les personnes âgées deux fois plus importante qu'en Rhône-Alpes et dans la Drôme et des séjours pour tentative de suicide chez les plus de 65 ans proportionnellement plus élevés que dans le département de la Drôme et la région Rhône Alpes. Si la première donnée peut être liée à l'existence d'un CMP gériatrique-psychiatrique et la seconde doit être nuancée du fait des faibles effectifs (10 séjours pour TS par an) cela ne doit pas occulter l'existence de besoins, d'où l'importance du repérage et accompagnement des situations d'isolement chez la personne âgée.

Accès aux SSIAD et à aide à domicile à interroger :

Certaines difficultés ont aussi été signalées concernant le maintien à domicile. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Le nombre de places du SSIAD géré par Eovi sur Montélimar est de 57 places. Les places étant toutes pourvues il y aurait des demandes non couvertes. En effet, la majorité des pathologies étant considérées comme chroniques les durées de prise en charge sont longues (520 jours en moyenne) et le nombre de places disponibles n'a pas augmenté depuis quelques années, ce dans un contexte institutionnel de développement des pratiques ambulatoires, ce qui pose des questions en termes de prise en charge pour ces populations.

Chez les populations âgées en situation de grande précarité (SDF majoritairement) les professionnels notent un manque de dispositifs adaptés pour les sorties d'hôpitaux, surtout dans un contexte de convalescence. Ces personnes ayant rarement un « chez soi » les soins à domicile sont forcément un enjeu majeur. Dans certaines agglomérations, certains dispositifs de type « Lits Halte Soins Santé¹⁹ » permettent une transition et les conditions de convalescence requises avant un retour en CHRS, squats ou à la rue. Il existe actuellement 2 places de LHSS au sein du CHRS de l'Entraide Montélimar, mais les besoins de convalescence pour ces personnes semblent bien plus importants.

¹⁹ <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Lits-halte-soins-sante-LHSS-et.html>